سلسلة نظريات العلاج بالتحليل النفسي

جون كارلسون ومات إنجلار كارلسون، محررو السلسلة

العلاج السلوكي — المعرفي

ميشيل ج. جراسكي



ترجمة : نكلس نسيم سلامة

مراجعة : د. جرجس ميلاد

العلاج السلوكي المعرفي

سلسلة نظريات العلاج بالتحليل النفسي

جون كاريسون ومات إنجلار كاريسون، محرّرو السلسلة

- العلاج السلوكي المعرفي: ميشيل ج. كراسكي
- العلاج الوجودي الإنساني: كيرك جي. شنايدر، أوراه تي. كروج
- العلاج النسوي: وليام ج. دوهيرتي، سوزان هـ. ماكانييل.
- العلاج القائم على المساواة بين المرأة والرجل سياسيًّا واقتصادياً: لورا. س. براون.
- العلاج العلائقي ـ الثقافي: جوديث. ف. جوردان.

سلسلة نظريات العلاج بالتحليل النفسي

جون كاريسون ومات إنجلار كاريسون، محرّرو السلسلة

العلاج السلوكي — المعرفي

ميشيل ج. جراسكي

ترجمة: نكلس نسيم سلامة

مراجعة: أ.د. جرجس ميلاد



يُسعدنا أن نسمع منك. رجاءً أرسل تعليقاتك حول هذا الكتاب
وستنال منا كل عناية على info@el-kalema.com شكرًا لك.

مكتبة دار الكلمة Logos

☎ 02025798414 | 📱 0201277928981
📱 0201286548388 | 📱 0201282456644

sales@el-kalema.com | www.el-kalema.com

الطبعة الأولى ٢٠١٢

الفهرسة بدار الكتب المصرية

جراسكي، ميشيل.ج.، العلاج السلوكي المعرفي/ تأليف ميشيل ج. جراسكي؛ ترجمة نكلس نسيم سلامة - ط ١. - القاهرة: مكتبة دار الكلمة للنشر والتوزيع، ٢٠١٢

٢٦٤ ص؛ ١٢×٢٢سم
تدمك ٥ ٢٤٩ ٣٨٤ ٩٧٧ ٩٧٨
١- العلاج السلوكي (علم نفس)
٢- العلاج بالتحليل النفسي
أ. سلامة، نكلس نسيم (مترجم)
ب- العنوان ٦١٥,٨٥١

الطباعة والتنضيد: الراعي الصالح للطباعة
☎ ٠٢ ٢٤٩٩٨٣٣٥

رقم الإيداع : ٢٠١٢ / ٤٠٩٢
ISBN :978- 977- 384 -249-5

المحتويات

مقدمة السلسلة

قد يجادل البعض بالقول أنه في الممارسة الإكلينية[1] clinical المعاصرة للعلاج بالتحليل النفسي، تدخّل مبني أساسه على الدليل والنتيجة الفعالة قد طغت على النظرية من حيث الأهمية. قد يكون الأمر كذلك، ولكننا كمحررين لهذه السلسلة، لا نعتزم التعرض هنا لهذا الجدل. إذ أننا نعلم أن المعالجون النفسيون يقررون ويمارسون طبقًا لنظرية ما أو أخرى بسبب خبرتهم، وعقود من الأدلة الكثيرة التي لديهم توحي بأن تبني نظرية سليمة للعلاج النفسي تؤدي إلى نجاح علاجي أكبر. وبالرغم من ذلك، فإن دور النظرية في عملية المساعدة يمكن أن يكون صعب التفسير. والقصة التالية حول حل المشكلات تساعد في الإبلاغ عن أهمية النظرية:

> يروي أيسوب حكاية عن مراهنة جرت بين الشمس والريح لتقرير أيهما الاقوى. واستطلعا من أعالي الأرض رجلا يمشي في الشارع، فقالت الريح أنها تراهن على انه بامكانها ان تجعله يخلع معطفه. وافقت الشمس على الدخول في هذا الرهان، وهبت الريح وتمسك الرجل بشدة بمعطفه. وكلما هبت الريح كان الرجل أكثر استمساكا بمعطفه. ثم قالت الشمس حان دوري، فركزت كل طاقتها في بتكثيف أشعة شمسها الحارة.

1. clinical هي بصفة عامة صفة للكلمة clinic عيادة/ سريري. وتمثل مدخلاً للشخصية والعلاج النفسي يركز على الفرد ككل أكثر من بحثه عن مبادئ عامة أو القيام بدراسات معيارية. ويشير إلى الممارسة الطبية العلاجية وغيرها من الممارسات العلاجية التي تعتمد اعتماداً مكثفا على احكام المعالجين الإكلينيكيين الحدسية والذاتية.— المراجع

وسرعان ما خلع الرجل معطفه.

ولكن ما علاقة المراهنة التي جرت بين الشمس والرياح على نزع معطف الرجل بنظريات العلاج بالتحليل النفسي؟ في اعتقادنا أن هذه النظرة البسيطة الخادعة تبرز أهمية النظرية باعتبارها إرهاصة لأي تدخل فعَّال—ومن ثم إلى نتيجة مواتية، وبدون نظرية هادية قد تتعامل مع العارض دون فهم دور الفرد في هذا الأمر. أو قد توجد صراعات على القوى مع مرضانا دون أن نفهم ذلك، وفي بعض الأحيان تكون وسائل المساعدة غير المباشرة (أشعة الشمس) فعَّالة—إن لم تكن أكثر فعالية - من وسائل المساعدة المباشرة (الريح). وفي حالة عدم وجود نظرية، قد لا يتوفر لنا مركز العلاج، وبدلاً من ذلك نجد أنفسنا—على سبيل المثال —وقد حصرنا جهدنا في معالجة النواحي الاجتماعية دون أن نرغب في عمل أي شيء يبدو بسيطًا أكثر من اللازم.

وما هي النظرية على وجه التدقيق؟ يحدد قاموس علم النفس *APA Dictionary of Psychology* النظرية على أنها "مبدأ أو مجموعة من المباديء المترابطة التي تفيد شرحًا أو تنبؤًا بعدد من الظواهر ذات العلاقة". أما في العلاج بالتحليل النفسي، فنجد أن النظرية هي مجموعة المباديء التي تستخدم لتوضيح فكر الإنسان وسلوكه، بما في ذلك الأسباب التي تدفع الناس للتغيير. ومن الناحية العملية، تُوجد النظرية أهداف العلاج وتحدد كيفية اتباعها. وقد لاحظ هايلي Haley (1997) أن نظرية العلاج بالتحليل النفسي يجب أن تكون بسيطة بشكل كافٍ بحيث يفهمها المعالج العادي، غير أنها يجب أن تكون شاملة بما يكفي لتفسير مجموعة واسعة من الاحتمالات. وفضلاً عن ذلك، توجّه النظرية العمل نحو النتائج الناجحة، في الوقت الذي تولد فيه الأمل لدى كل من المعالج والعميل بأن الشفاء ممكن.

والنظرية هي البوصلة التي تتيح للمعالجين النفسيين أن يبحروا في

المجال الفسيح للممارسة الإكلينيكية. وبنفس الطرق التي نجد فيها أن أدوات الملاحة قد عُدِّلت لتتكيف مع التقدم الذي تم إحرازه في مجال التفكير، والتوسع الدائم في المجالات التي يجب استكشافها، نجد أن نظريات العلاج بالتحليل النفسي قد تغيرت على مرّ الزمن. وعادةً ما يُشار إلى المدارس المختلفة للنظريات على أنها موجات، وكانت الموجة الأولى نظريات الدينامية النفسية[2] Psychodynamic (على سبيل المثال: الأدلرية[3] Adlerian، تحليلي نفسي[4] psychoanalytic)، أما الموجة الثانية فكانت نظريات التعلم learning theories (سلوكية، وسلوكية معرفية)، ثم الموجة الثالثة كانت النظريات الإنسانية (التمركز حول الشخص[5] person-centered، والجشطلت[6] gestalt، والوجودي[7] existential)، وكانت الموجة الرابعة خاصة بالنظريات

2. Psychodynamic نمط القوى الدافعية، شعورية كانت أم لا شعورية التي تثير حدثًا سلوكيا أو حالة كالاتجاه أو الفعل أو العرض أو الاضطراب العقلي. وهذه القوى تشمل الدوافع والرغبات والانفعالات والحيل الدفاعية وكذلك الحاجات البيولوجية كالجوع والجنس. والصفة "سيكوديناميّ" يقصد بها: جميع الانساق السيكولوجية والنظريات التي تتناول الدافعية كمفهوم مركزي، أي ان النظريات التي تتناول ما هو دينامي تندرج في هذه الفئة. وأحيانا ما تكون هذه الصفة مرادفة للتحليل النفسي— المراجع

3. Adlerian نسبة إلى نظرية وممارسة ألفريد أدلر (1870 - 1937)، وهي احدى مدارس التحليل النفسي التي تسمى بعلم النفس الفردي (Individualpsychologie) والتي قامت على أساس ان الأنسان محكوم بدافع شعوري قوامه التعبير عن نفسه وتحقيقها. وقد قدمت هذه المدرسة بعض المصطلحات إلى علم النفس منها: الكفاح في سبيل التفوق (Striving for superiority)، مشاعر النقص (Feeling of inferiority)، عقدة النقص (inferiority of complex)، التعويض (Compensation)، إتعويض الزائد (Over Compensation)، الاهتمامات الاجتماعية (Social interests)، أسلوب الفرد في الحياة (Style of life)—المراجع

4 psychoanalytic فرع من الطب النفسي يطبق أساليب التحليل النفسي في تشخيص المشكلات العقلية وعلاجها والوقاية منها، كما يقارن بالتحليل النفسي كنظرية في بناء العقل وديناميانه. والتحليل النفسي يركز أساسا على تاثير القوى اللاشعورية كالنزعات المكبوتة، والصراعات الداخلية وصدمات الطفولة في الحياة العقلية للفرد وتوافقه—المراجع

5 هو العلاج المتمركز حول الشخص (العميل)، والذي يعرف أيضًا بالعلاج الروجري (نسبة لمؤسسة كارل روجرز. وقد اعتقد روجرز بان العميل/العميل يحتاج إلى ثلاثة امور بحسب من الطبيب النفسي المعالج له لكي يتمكن من التحسن العلاجي- وتمثل هذه الامور في: اولا التوافق والانسجام والقبول وثانيا، التقدير الايجابي غير المشروط واخيرا، التفهم والتعاطف مع ما يقوله العميل— المراجع

6. مدرسة من مدارس علم النفس تأسست في ألمانيا في عشرينيات القرن العشرين. وتذهب هذه المدرسة إلى ان الظواهر النفسية يمكن فهمها إذا نظر اليها منظمة في كل او جشطلت. ولقد نظر الجشطلتيون إلى التعلم لا على انه ترابطات بين المثيرات والاستجابات (كما ذهب إلى ذلك السلوكيون) وانما على انه إعادة تنظيم للموقف الكلي، متضمنا في القالب استبصارا كملمح اساسي في الموقف. ولقد نظروا إلى فسيولوجيا المخ بنفس الاسلوب، فبدلا من تقبل النظرة التقليدية بان اللحاء نظام استاتيكي حسن التمايز والتفاضل، تبنوا القول بفسيولوجيا متآزرة يرى فيها اللحاء موضعًا تتفاعل فيه المثيرات الداخلة في مجال القوى. وقد ادى عملهم في علم النفس الاجتماعي إلى وضع نظرية المجال، وفي التربية إلى التأكيد على التفكير المنتج، والإبداع—المراجع

7 نشأ وتطور على يد كل من فيكتور فرانكل ورولو ماي. ويفترض العلاج النفسي الوجودي أن الأفراد يتمتعون إلى حد كبير بحرية اختيار شخصياتهم وطريقة تفسيرهم للعالم من حولهم وكذلك الطريقة التي يتفاعلون بها معه. كما انه يهدف إلى مساعدة العميل في التعرف على المعنى الاعمق للحياة وقبول تحمل مسئولية وجوده فيها. وعلى هذا النحو، فان الاتجاه الوجودي يتناول القضايا الجوهرية في حياة الفرد، مثل الموت والعزلة والحرية. هنا، ويؤكد المعالج الوجودي على قدرة العميل على ان يكون واعيًا وعلى حرية اختياره في الوجود وترسيخ الهوية الشخصية وتوطيد العلاقات الاجتماعية وإيجاد معنى للحياة والتعايش مع القلق الطبيعي المصاحب لوجوده فيها.[41] ومن المؤلفين المهمين في مجال العلاج النفسي الوجودي رولو ماي وفيكتور فرانكل وجيمس بوجينتال وارفين يالوم—المراجع

النسوية والتعددية الثقافية، واتسمت الموجة الخامسة بسمات نظريات ما بعد الحداثة والبنيوية. وهذه الموجات—في نواح كثيرة—تبين كيف أن العلاج بالتحليل النفسي قد تناغم وتجاوب مع التغيرات التي طرأت على علم النفس، وعلى المجتمع، وعلى نظرية المعرفة، وكذلك على التغييرات التي طرأت على طبيعة العلاج بالتحليل النفسي نفسه. إن العلاج بالتحليل النفسي والنظريات التي يسترشد بها تتسم بالفعالية والتجاوب. وتُعد هذه التشكيلة الواسعة من النظريات أيضًا شهادة على الطرق المختلفة التي يمكن أن يضفي بها مفاهيم متباينة على السلوك الإنساني (Frew & Spiegler, 2008).

إننا ومن خلال هذين المفهومين في العقل—الأهمية المركزية للنظرية، والتطور الطبيعي للتفكير النظري—التي قمنا بتطويرها في سلسلة نظريات العلاج بالتحليل النفسي APA. وكل منا وجد نفسه مفتونًا تمامًا بالنظرية وسلسلة الأفكار المعقدة الكامنة وراء كل نموذج. وباعتبارنا أعضاء هيئة التدريس بالجامعة ونقوم بعقد دراسات عن نظريات العلاج بالتحليل النفسي، فقد رغبنا في إنشاء مواد تعليمية التي لا تبرز جوهر النظريات الرئيسية للمحترفين والمتخصصين الذين هم تحت التدريب فحسب، بل وتجعل القارئ مطلعًا بكل وضوح على آخر ما وصل إليه الوضع الحالي للنماذج. وفي كثير من الأحيان نجد في الكتب التي تتحدث عن النظرية أن كاتب سيرة الواضع الأصلي للنظرية يفرض قدرًا من التعتيم على تطور النموذج. وعلى النقيض من ذلك، فإن ما نرمي إليه هو إلقاء الضوء على الاستخدامات المعاصرة للنظريات إلى جانب تاريخها والسياق الذي وُجدت فيه.

وفيما بدأ هذاالمشروع، واجهنا قرارين عاجلين: كان على أصحاب النظريات أن يتعاملوا معهما، وكان من الأفضل أن يقدموهما. وقد نظرنا إلى الدراسات الخاصة بنظريات العلاج بالتحليل النفسي على مستوى الخريج لنرى أية نظرية تم تدريسها، وقمنا باستكشاف

الكتب العلمية الشعبية، إلى جانب المقالات والمؤتمرات لتحديد أي النظريات تحظى بأكبر قدر من الاهتمام. ووضعنا بعد ذلك قائمة رائعة لأبرز المؤلفين ممن يمارسون هذه النظريات المعاصرة. وكان كل من هؤلاء المؤلفين من أبرز المروجين لهذا المنهاج، إلى جانب كونهم من الممارسين الذين لهم مكانتهم. وقد طلبنا من كل مؤلف أن يستعرض المكونات الأساسية للنظرية، وأن يأتي بها إلى المجال الحديث للممارسة الإكلينيكية، وذلك بالنظر إليها من خلال سياق الدليل القائم على الممارسة، وأن يوضح بجلاء كيف تبدو النظرية من ناحية التطبيق العملي.

وقد تم التخطيط لأن تتضمن هذه السلسلة 24 كتاباً. وكل كتاب يمكن الاستناد إليه وحده، أو يؤخذ جنبًا إلى جنب مع عناوين قليلة أخرى لخلق مواد لازمة لحلقة دراسية عن نظريات العلاج بالتحليل النفسي. ويتيح هذا الخيار للمدرسين أن يبتكروا دراسة تقدم السبل التي يعتقدون أنها الأكثر بروزاً في أيامنا هذه. ولدعم هذه الغاية وضعت سلسلة كتب نظريات العلاج بالتحليل النفسي أسطوانات مدمجة DVD لكل من المناهج التي توضح النظرية من ناحية الممارسة مع مريض/عميل حقيقي. وبعض أشرطة الـ DVD توضح مراحل العلاج على مدى ست جلسات. وبوسعك الاتصال بسلسلة كتب APA (سلسلة نظريات العلاج بالتحليل النفسي) للحصول على قائمة كاملة بالبرامج المتاحة على اسطوانات مدمجة DVD (http://www.apa.org/videos).

في "العلاج السلوكي المعرفي"، تبين د. ميشيل كراسكي السبب في أن هذاالعلاج قد أصبح النموذج الأكثر شعبية للعلاج النفسي الذي يمارس في الإكلينيكية المعاصر. وهي تلقي ضوءًا على البحوث الإكلينيكية لدعم فعالية العلاج السلوكي المعرفي مع ظروف عديدة وسكان مختلفين. وإلى جانب التركيز على الدليل الذي يقوم على الممارسة، تقدم د. كراسكي نماذج من الحالات لتوضح كيف أن نموذج

العلاج السلوكي المعرفي يعمل على أساس إنه عملية. وبسبب هذا تبنى المعالجون الإكلينيكيون لهذا النموذج وعلى نطاق واسع، وكذلك في برامج التدريب، فقد أصبحت هذه النوعية من العلاج إضافة مهمة لسلسلة نظريات العلاج بالتحليل النفسي.

المراجع

Frew, J., Spiegter, H. (2008) Contemporany Psychotherapies for a diverse world,Boston: Lahacka Press

Haley, J. (1997) Leaving home: The Therapy Of disturked young people, New york: Routtedge.

العلاج السلوكي المعرفي

1

مقدمة الكتاب

السمات المميزة للعلاج السلوكي المعرفي (CBT) هي قصيرة الأجل، حيث تركز استراتيجيات التدخّل المعرفي والسلوكي على المشكلة، وهي مستمدة من علم ونظرية التعلم والمعرفة. كما أن نهج هذا العلاج بالنسبة للمعاملة والتنفيذ والتقييم يتم في إطار مباديء العلوم التجريبية. والغرض من التدخل السلوكي هو تقليل السلوكيات السيئة، وزيادة السلوكيات التي يتم التناغم معها، وذلك بتعديل سوابقها وعواقبها وعن طريق ممارسات سلوكية ينجم عنها تعلم جديد. ثم إن نماذج التدخلات السلوكية تتضمن تنشيطا سلوكيًا للضعف، وحل المشكلة للتعامل مع الكآبة وتدريبات سلوكية على المهارات الاجتماعية، والنقائص، وتدريب على الاسترخاء، والعرض النظامي للأوضاع التي تولد القلق، ولنوبات القلق. وتهدف التدخلات المعرفية لتعديل المعارف التي يتم التناغم معها بشكل سيء وأقوال عن الذات، أو المعتقدات. وتتضمن الوسائل المعرفية التعرف على التقييم الخاطئ للمواقف وإبراز المعتقدات المشوهة والنزاع في العلاقات أو الاعتبار المنطقي للدليل لدحض هذا التقييم الخاطئ وجوهر المعتقدات، والممارسات السلوكية التي ترمي إلى جمع المزيد

من البيانات لزعزعة هذه التقييمات الخاطئة، وتوليد بديل، وتقييمات قائمة على أساس الدليل وجوهر المعتقدات. وهذه التدخلات المعرفية والسلوكية إذا أُخذت معًا تظهر أن لها فعالية لعدد من الاضطرابات والحالات النفسية المختلفة، من بينها: نوبات القلق، الكآبة، واضطراب الشخصية، واستخدام المادة التي لها علاقة بالاضطرابات، والاضطرابات في الأكل، والتعامل مع الألم، ومحنة الأزواج، ونواح متعلقة بالاضطراب العقلي. والواقع أنه نُظر إلى العلاج السلوكيّ المعرفي على أنه يشكِّل أكبر قاعدة واضحة ترتكز عليها كافة العلاجات النفسية (Roth & Fonagy, 1996).

أما أساس العلاج المعرفي والسلوكي فنجدها في علم ونظرية التكييف التقليدي والذرائعي، أو نظرية التعلم. وفي هذه النظريات، أعطت التأكيدات على دور التدعيم والنتائج العقابية التي توجه السلوكيات التطوعية (على سبيل المثال، التدعيم الإيجابي لنتائج الشعور بالنشاط والخفة على التعاطي المستمر للمخدرات) وكذلك الاستجابات التي أصبحت شرطية بسبب الارتباطات بأحداث مثيرة للذكريات والعواطف بشكل فطري (على سبيل المثال، تطور المخاوف من قيادة السيارات عقب وقوع حادث سيارة). وفي الأساس لم يعط أنه اعتبار لدور التقييم، أو الأفكار، على أنها تشكل العنصر الحاسم للسلوكيات أو العواطف، على الرغم من أنه يمكن النظر إلى الأفكار على أنها "سلوك آخر"، وعلى ذلك تخضع لنفس قواعد الدعم والاستجابة المشروطة.

وعدم الرضا على مجموعة محددة بدقة من المبادىء تزامن مع زيادة الاهتمام بمباديء المعرفة التي جاءت وليدة نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي. وقد أدى هذا إلى بروز محتوى تعلم الأفكار وكذلك المعتقد الأساسي عن الذات، والنظر إلى العالم على أنه عامل حاسم بالنسبة للعاطفة والعمل. وعلاوة على ذلك، فقد تدعمت الحركة المعرفية

نتيجة التقدم في نظريات الذرائع والإشراط[1] (الشرطية النموذجية) الكلاسيكية، التي أدت بدورها إلى الاعتراف بالمعرفة على أنها وسيط ممكن للتعلم. وهكذا، أصبح العلاج السلوكي علاجًا سلوكيًا- معرفيًا، حيث يتبع طوال الوقت نهجًا قائمًا على العلم وذلك بالنسبة لتنفيذ العلاج، ولكنه امتد الآن من السلوكيات إلى الأحكام والمعتقدات باعتبارها أهدافًا للتدخل. أما علم المعرفة ومعالجة المعلومات فقد نشأ بمعزل عن ظهور العلاج المعرفي، وكما وُصف في مواقع كثيرة من هذا الكتاب، فإن علم المعرفة ومعالجة المعلومات أثار أسئلة مهمة فيما يتعلق بفحوى آليات العلاج المعرفي. وبشكل جزئي—ونتيجة لهذه الأسئلة، فإن تطورات "موجة ثالثة" حديثة لتؤكد المباديء السلوكية والتقليل من شأن محتوى المعرفة.

ومن الناحية العملية، يختلف المعالجون الإكلينيكيون كأفراد في درجة تبنيهم النواحي السلوكية بالمقارنة بمباديء المعرفة والتدخل. وبعض من هؤلاءالمعالجين يظلون أكثر تركيزًا على النواحي السلوكية، ويتعاملون مع المعرفة من خلال إطار سلوكي، كأن يركزوا بالأكثر على وظيفة الاحكام والمعتقدات المسلم بها وليس على مضمونها. وهذه الاخيرة هي وبنوع خاص من سمات علاجات الموجة الثالثة، مثل علاج القبول والالتزام، والذي يمكن أن يطلق عليه، وعلى نحو مناسب "علاج سلوكي وليس علاجًا سلوكيًا معرفيًا " وبعض المعالجين الآخرين ينتهجون أسلوبًا دامجًا، حيث يجمعون بعض المباديء السلوكية والتدخلات مع المباديء المعرفية والوسائل التي وضعت لتخفيف محتوى المعرفة. وعلى الرغم من ذلك، ما زال هناك آخرون يركزون بالأكثر على المعرفة وينظرون إلى محتوى المعرفة على أنه العامل القوي وراء كافة السلوكيات والعواطف وأنه موضع التركيز الأساسي لكل جهد علاجي. وهذا النهج الاخير يُشار إليه على وجه العموم بعبارة "العلاج المعرفي". وعلى الرغم من ذلك، فإن المعالجين المعرفيين يعتمدون على

1. الاشراط: عملية ربط احد المنبهات بشيء لم يكن له في الاصل صلة بذلك المنبه، وهذا عن طريق التداعي— المترجم، قاموس المورد

علم المناهج السلوكية للحصول على دليل لزعزعة أو دحض المعارف التي تم تكييفها على نحو سيء. وعلى ذلك، فإنه من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، التمييز بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي المعرفي. فالعلاجات السلوكية التي تزعزع محتوى المعرفة يمكن التمييز بسهولة بينها وبين العلاج السلوكي المعرفي، ومع ذلك، فإنه حتى في هذه الحالة، يكون التمييز في بعض الأحيان صعبًا. وعلى سبيل المثال، فإنه بالنسبة للتدخلات السلوكية القائمة على نظرية التعلم الذرائعي، يمكن النظر إلى الأفكار على أنها سوابق بالنسبة للسلوكيات، وعلى ذلك، إذا كانت مجموعة من عبارات لفظية سابقة توضح سلوكًا تم التناغم معه بشكل خاطئ، هنا يرمي العلاج إلى استبدال تلك الأقوال "بأقوال بديلة تُعد مُسبقًا" توضح المزيد من سلوك قد تم تكييفه. ومن الجلي أن هذه الاستراتيجيات السلوكية تتداخل مع الاستراتيجيات المعرفية.

وهكذا نجد أنه في حين أن المزيد من المعالجين الذين يعتمدون بالأكثر على السلوكيات في مواجهة الذين لديهم توجه معرفي، يعتمدون على مباديء مختلفة إلى حد ما لصياغة العلاج وفهم التغير العلاجي، إلا أنهم قد يستخدمون نفس الإجراءات للتدخل. وعلى العكس من ذلك، فإن مباديء كل من النظرية السلوكية ونظرية المعرفة يمكن استخدامها لشرح تغيير علاجي بنفس استراتيجية التدخل. ومثال على ذلك، نجد أن النظرية السلوكية تعزي نتائج التعرض المتكرر لمواقف يُخشى منها إلى استبعاد الاستجابات الخاصة بالخوف المشروط، وعلى أساس نظرية المعرفة، فإن نفس طريقة الكشف تُستخدم لجمع معلومات تزعزع الأحكام الخاطئة فيما يتعلق بالخطر.

وعلى الرغم من هذه الاختلافات المتعلقة بالتركيز على المباديء السلوكية والمعرفية والأساليب المنهجية، إلا أن أسلوب العلاج السلوكي المعرفي تم توحيده بواسطة قاعدته التجريبية، وتوجهه الذي يركز على حل المشكلة. وأيًا كان التركيز على المباديء السلوكية أو

المعرفية، نجد أن المعالج الذي يتبع أسلوب العلاج السلوكي المعرفي يرمي إلى استبدال السلوكيات والعواطف والمعرفة التي تم التناغم معها بشكل خاطئ، بأخرى أكثر تناغمًا. كما أن المعالج الذي يتبع أسلوب العلاج السلوكي المعرفي ينجز هذا الهدف في إطار تقييم مستمر لفاعلية استراتيجيات التدخل وتعديلها—عند الضرورة—لتحقيق نتائج أفضل.

والعلاج السلوكي المعرفي يستخدم وعلى نطاق واسع. وعلى سبيل المثال، من بين 591 عضوًا قد تم فحصهم بشكل عشوائي على أساس سلسلة نظريات العلاج بالتحليل النفسي، نجد أن 45,4 % منهم اعتبروا أنفسهم يعالجون بأسلوب العلاج السلوكي المعرفي في إطار توجه نظري (Stewart & Chambless, 2007). وقد فاق هذا المعدل كافة معدلات التوجهات النظرية الأخرى، بما فيها النفسية الدينامية (21,9%)، الانتقائية (19,8%)، الإنسانية التجريبية (4,4%)، نظم الأسرة (3,9%)، ونوعيات أخرى (4,6%). ولما قيل بهذا إذا بعدد من المعالجين ممن يعتبرون أنفسهم أنهم ينتهجون الأسلوب العلاجي (Brosan, Reynolds, & Moor, 2007, 2008)، ومن تقرير العميل، فإنهم كثيرًا ما لا يقدمون العناصر الرئيسية للعلاج السلوكي المعرفي (Stobie, Taylor, Quigley, Ewing, & Salkovskis, 2007).

وهذه النقائص قد يكون سببها التدريب غير الكافي على العلاج السلوكي المعرفي. وقد استُعرضت برامج في الطب النفسي وعلم النفس والعمل الاجتماعي في أنحاء كثيرة من الولايات المتحدة لدعم كفاية التدريب في مراكز العلاج التجريبية القائمة على العلاج بالتحليل النفسي، وهذه الأخيرة كانت تقدم غالبًا على العلاج السلوكي المعرفي(Weissman et al., 2006). وقد وُجد أن 17,8% فقط من برامج التدريب كانت تقدم تدريبًا إشرافيًا تعليميًا وإشرافيًا في العلاجات القائمة على أساس الملاحظة والاختبار. والأمر الذي يلفت الانتباه

هو أن أعلى معدلات التدريب الكافي كانت في مجال العلاج بالتحليل النفسي، ولعل ذلك مرده تضمين العلاج السلوكي المعرفي في معايير اعتماد برامج فترة التخصص في الطب النفسي. وهذه المطاليب لا نجدها في برامج علم النفس أو العمل الاجتماعي. والافتقار إلى الكفاءة في العلاج السلوكي المعرفي، حتى بين المعالجين الذين يقولون عن أنفسهم إنهم يمارسون العلاج السلوكي المعرفي، قد يُعزى بشكل إضافي إلى التركيز الزائد على التدريب على إجراءات العلاج السلوكي المعرفي على حساب التدريب على مباديء العلاج السلوكي المعرفي. وهذا الاختلال قد يؤدي في جزء منه إلى إضفاء الناحية اليدوية على تدخلات العلاج المعرفي والسلوكي بسبب مشاكل مختلفة. مع أن الناحية اليدوية تُعد ملمحًا إيجابيًا يسهل التفييم التجريبي للعلاج السلوكي المعرفي ويعزز نشر العلاج السلوكي المعرفي، فإنه قد يكون—وعن غير قصد—قد عزز التركيز بأكثر من اللازم على الإجراء بدلاً من التركيز على المبدأ. والفهم الجيد للمباديء التي يرتكز عليها العلاج السلوكي المعرفي، وعرض ذلك، يُعد هدفًا رئيسيًا لهذا الكتاب، وهذا أمر ضروري للوضع الأمثل لإجراءات العلاج السلوكي المعرفي لكل مشكلة عند بروزها.

وعلى الرغم من ذلك، فإنه حتى في أيدي أقل المعالجين خبرة، تجد أن العلاج السلوكي المعرفي يشكل أسلوبًا بالغ الفعالية، إلى جانب شهرته بأنه أفضل دليل من بين كافة العلاجات النفسية (Roth & Fonagy, 1996). ولهذا نجد أن العلاج السلوكي المعرفي يتناغم تمامًا مع الدليل القائم على أساس أن حركة التدريب كانت تلقى تشجيع جمعية علم النفس الأمريكية (APA, 2005).

ومباديء التدريب القائم على الدليل يشجع المعالجين على الجمع بين خبرتهم الإكلينيكية وبأية أبحاث متوافرة تتضمن الدليل، وذلك لتخطيط العلاج. ولتسهيل نشر المباديء القائمة على الدليل، فإن الفرقة 12

من قوة العمل (APA) الخاصة بتعزيز ونشر الإجراءات السيكولوجية (1995) والتي قام بتحديثها Chambless and Ollendick 2001)، وقوة العمل المنوطة بالتدخلات السيكولوجية الفعالة. فإن وجهة نظر تخص العمر كله (Spirito, 1999) نشرت معلومات عن العلاجات التي تنجح بالنسبة لمشاكل معينة. ثم إن غالبية العلاجات التي لاقت الدعم والقائمة على أساس الملاحظة والاختبار، والتي ذُكرت في هذه الوثائق هي علاجات معرفية، وعلاجات سلوكية، وعلاجات معرفية وسلوكية والتي أُطلق عليها في هذه الوثائق علاجًا معرفيًا وسلوكيًا.

2

التاريخ

بدأ تاريخ العلاج السلوكي- المعرفي بتوجه سلوكي قوي طوال فترة الخمسينيات وحتى فترة السبعينيات من القرن العشرين. ثم إن نمو العلاج المعرفي في الستينيات من هذا القرن تبعه دمج الأسلوبين المعرفي والسلوكي في الثمانينيات وما بعد ذلك. وتبرز الآن موجة ثالثة من العلاجات السلوكية، وهي موجة تزعزع أسلوب المحتوى وتتجه إلى الأسلوب المعرفي، وعوضًا عن ذلك تؤكد وظيفة المعرفة.

الجذور

وكحركة ارتجاعية عنيفة مفاجئة لأساليب التحليل النفسي "غير العلمية" التي كانت السائدة في العلاج في النصف الأول من القرن العشرين، فإن مباديء نظرية التعلم وجهت نهجًا جديدًا قائمًا على أساس علمي وذلك لاختفاء المفاهيم، والتقييم ومعالجة الاضطرابات العقلية. وهذا النهج الجديد كان علاجًا سلوكيًا. وذلك حسبما قال ليفيز

:Levis (1999)

"حركة العلاج السلوكي قالت إنها تشبه الحقل التجريبي للتعليم، والذي كانت له بالعقل قاعدة معلومات، وهيكل مشترك للغة، وفلسفة مرشدة أساسها العلم. وبالتشديد على أهمية تحديد المصطلحات والإجراءات بشكل عملي مضافًا إليه التزام قوي للتقييم والبحث، كان الذين اشتركوا في هذه الحركة يأملون في تقليل الفوضى المنتشرة في مجال الصحة العقلية وذلك بإيجاد أساليب علاجية جديدة وإجراءات للتقييم تقوم على أساس مباديء للتعلم والسلوك راسخة وموثقة (p. 157).

وكانت حركة العلاج على أساس السلوك تسترشد في صيغتها الأصلية بمجموعتين من مباديء نظرية التعلم: الإشراط التقليدي (أو المستجيب) والإشراط الذرائعي (أو العامل المؤثر). وخلاصة القول هو أن الإشراط التقليدي "Classical Conditioning" (وهو مرتبط كثيرًا ببافلوف) يقوم على أساس محفز بيئي ينتج استجابات انعكاسية، مثلما يحدث عندما ينتج تهديدًا بدنيًا من شخصٍ آخر استجابة تتضمن خوفًا انعكاسيًا. وعلى ذلك فإن محفزًا فطريًا يثير الذكريات والعواطف (أو محفزًا غير مشروط)، ينتج استجابة انعكاسية غير مشروطة. وإذا صاحبها وبشكل متكرر المحفز غير المشروط، فإن محفزًا سابقًا محايدًا يمكن أن يصبح محفزًا مشروطًا يثير استجابة مشروطة مماثلة للاستجابة غير المشروطة الأصلية. وعلى سبيل المثال، فإنه نتيجة اختبار حادث سيارة مقيت (محفز غير مشروط)، والخوف والألم اللذان نجما عن الحادث (استجابة غير مشروطة) فإن السيارات (محفز مشروط) قد تصبح إشارة إلى حوادث محتملة في المستقبل، وعلى ذلك تثير استجابة مشروطة تتسم بالقلق. وبناءً على ذلك، يصبح القلق مرتبطًا بالسيارات، بل وقد يثار بشكل "تلقائي"، أو بدون تخمين محسوس أو خطر مدرك.

وفي نظرية الاشراط التقليدية، افترض أن تاريخ الارتباط المكتسب بالتعلم بين المحفز المحايد، والمحفز الفطري المثير للذكريات والعواطف، يشرح الاستجابات الحالية العاطفية ـ السلوكية. وكان الاشراط التقليدي ـ وما زال ـ يتم استحضاره كعملية تفسيرية في علم الأمراض النفسية وعلاج الاضطرابات العاطفية (نوبات القلق، على سبيل المثال) كما يستخدم أيضًا وبشكل أساسي في الاضطرابات ذات العلاقة، واضطرابات جنسية معينة، من بين أشياء أخرى.

ثم إن الاشراط الذرائعي—Instrumental Conditioning—الذي بدأه ثورندايك (1898) Thorndike والذي توسع فيه سكينر Skinner (1938) يشير إلى تكيُّف الحادثة أو شكل السلوك بناءً على نتائجه. وعلى هذا، فإنه وثيق الصلة بالسلوك التطوعي وليس الانعكاسي. بمعنى أن الاستجابة "يتم انتقاؤها—وعلى هذا فهي تطوعية—قائمة على أساس النتائج التي من المحتمل أن تحدث؛ وسلوك مؤثر، "يؤثر" في البيئة ويعتمد على نتائجه. ومثال على ذلك التكرار المتزايد لتعاطي المخدرات بسبب الشعور بالنشاط والخفة— وإن يكن مؤقتًا—والناجم عن مادة و/ أو الارتياح الذي تحدثه المادة من عواطف سلبية أخرى. والدعم الناجم عن الشعور بالنشاط والخفة و/ أو الهروب من عواطف بغيضة يزيد احتمالية الانخراط في تعاطي المخدرات في المستقبل. وفي الاشراط الذرائعي يتم انتقاء الاستجابات السلوكية ويتم تشكيلها بواسطة كافة النتائج الإيجابية والسالبة التي تولدت عن السلوك. والاشراط المؤثر طبق على سلسلة عريضة من السلوك المضطرب، مثل الاضطراب العقلي المتعلق باستخدام المادة، وتبرير السلوكيات، والتعامل مع الألم، ومظاهر الاضطراب العقلي.

والنهج الذي تُرجمت به نظريتان للتعلم إلى معالجات جاء مختلفًا، ثم إن بافلوف وزملاءه لم يدرسوا مضامين العلاج الخاص بالاشتراط الكلاسيكي. والواقع هو أن التطبيقات الأولى قام بها واتسون

Watson وراينر Rayner (1920) واللذان أوضحا حالة ردة فعل الخوف من جانب الطفل. "ألبرت"، وكذلك بواسطة ماري كفر جونز Mary Cover Jones (1924) والتي وضعت أساليب تقليل الخوف لدى الأطفال والقائمة على أساس نظرية التعلم. وعلى الرغم من ذلك، لم يكن لعملها ولا لعمل بافلوف وزملائه أي تأثير على الممارسة الإكلينيكية في ذلك الحين، ولعل ذلك مرده أن العلاج كان المجال الذي تسيطر عليه نظرة التحليل النفسي (Eelen & Vervliet, 2006) ومع ذلك، فعقب الحرب العالمية الثانية (أي سنة 1945) كان هناك طلب متزايد على التدخلات العلاجية والمعالجين، وكان الوقت مهيًأ لأساتذة علم النفس لأن يتلقوا التدريب على وسائل جديدة للتدخل. وفي هذا الصدد جاء عمل جوزيف وولب، في جنوب أفريقية، والذي أصبح غير راض عن أساليب التحليل النفسي. وكان وولب مهتمًا بالأسس التجريبية للتعلم وتطبيقها على حالات الاضطراب العصبي، والتي استنتج منها إزالة الحساسية بالنسبة لمعالجة الاعتلالات المتعلقة بالخوف والقلق .(Wolpe, 1958)

وقد بدأ وولب بمراجعة البحث الذي قام به بافلوف Pavlov's (1927)، ونظرية التعلم الخاصة هول Hull's (1943) (والتي تقول إن السلوك يتأثر بالحوافز والوسائل، ولا يحدث التكيف إلا إذا أشبع الدعم حاجة ما). ثم لخص مباديء الإشراط (Conditioning) التقليدي المقيت عند القطط. وما أن توصل إلى أن القطط تصبح في خوف من الاقفاص وذلك عن طريق هز أرضية القفص، إلا وترسخ في ذهنه أن بمقدوره أن يزيل مخاوفها المقيتة المشروطة هذه باجراء يلغي به الإشراط. وفي هذا الإجراء نجد أن النزوع إلى الجوع أو الطعام أصبح وسيلة للمنع المتبادل للاستجابة التي تتسم بالخوف. وهذا معناه أن القطط مُنعت من الطعام بشكل معتدل، وبعد ذلك وُضع الطعام على أبعاد قريبة وبشكل متدرج من القفص. ولقد تغلب الجوع والرغبة في الطعام على القلق، وأخيرًا عادت القطط ودخلت الاقفاص. وبعد

ذلك، وسّع من بحثه ليشمل مخاوف الإنسان والرهاب. وفي سلسلة موسعة من دراسات الحالات، أظهر ولب Wolpe (1958) النتائج الإيجابية للتعرض الخيالي للمواقف التي تنتج الخوف، باستخدام الاستجابة التي تتسم بالاسترخاء (عن طريق استرخاء العضلات بشكل متدرج، وهو أسلوب ابتكره جاكوبسون Jacobson, 1938)، لكيف عكسي للقلق المرتبط بكل صورة. وقد أطلق على هذه الطريقة "إزالة الحساسية بشكل نظامي، ومن هنا ابتكرت أول طريقة تم اختبارها، ومعايرتها، وثبوت قابليتها للتكرار خاصة بالتدخل السلوكي بالنسبة للاضطرابات العاطفية.

وعلى العكس من افتقار بافلوف للانخراط في تطبيق العلاج، نجد أن سكينر قد أسهم بشكل مباشر في ترجمة مبادىء الاشراط الذرائعي للتدخلات في العلاج. وكان من أول من قاموا بتطوير التدخلات السلوكية في الولايات المتحدة وذلك في خمسينيات وستينيات القرن العشرين (على سبيل المثال: Lindsley, Skinner, & Solomon, 1953)، وهو تطور جاء أيضًا وليد الاحتياجات التي أعقبت الحرب العالمية الثانية. وقد اعتقد سكينر أن المادة الجامدة للمعرفة العلمية للكائنات الحية وفرت حلولاً بديلة لأساليب التحليل النفسي للعلاج. وقد وصف الصيغة الجديدة للعلاج في كتابه "العلم والسلوك البشري" (1953) "*Science and Human Behavior*". وكان يرى أن العلاج يتضمن تقديم متغيرات ملحوظة لتعويض وتصحيح تاريخ كان قد أنتج "سلوكيات غير مرغوب فيها" بمعنى أن العلاجات القائمة على أساس التعلم الذرائعي صاغت في وقت لاحق "تعديلاً سلوكيا" تضمن مبادىء أساسية للتخلص من السلوكيات غير المرغوب فيها، وإعادة تقوية سلوكيات جديدة منبعثة ومرغوب فيها، وذلك بدرجات مختلفة من التدعيم، أما سكينر وليندسلي فقد نفذا أولاً مبادىء ذرائعية لإدارة مشكلة السلوكيات (على سبيل المثال أذية المرء لنفسه) وذلك في العملاء الذين يعانون من الاضطراب العقلي

المعروف بالذهان، وذلك في المستشفى الحكومي بولاية ماساشويتس. وبعد ذلك، امتدت إجراءات التعديلات السلوكية هذه لتشمل نواحي من التوحد والمشاكل السلوكية الأخرى المرتبط بالإعاقة الذهنية. والأمر ببساطة هوأن عنابر المستشفى، كان يُنظر إليها، وتعامل مثل صناديق عربات الدباغة الكبيرة، والتي فيها كانت الأحداث البيئية المحيطة بانبعاث السلوك بواسطة العملاء، يتم التحكم فيها بغية إبطال الاستجابات أو تشكيلها" (Goldfried & Davison, 1994, p. 5).

وعلى الرغم من اختلافها من ناحية المباديء، غير أن سبل السلوك التقليدية والذرائعية تتشراك في العديد من السمات. وكلا النهجين— وعلى وجه الخصوص—ينظر إلى "الاضطرابات" باعتبارها أنها نتيجة التعلم الخاطئ. وكانوا يرون أنه بالنظر إلى أن السلوك غير العادي يمكن تعديله بشكل كبير بواسطة إجراءات سلوكية (Rachman & Wilson, 1980). وثمة ملمح مشترك آخر تمثل في الاعتماد على وسائل ومباديء تجريبية، والتحفيز لدفع المجال للأمام بعدم الاتكال على أمور لا تُقاس (على سبيل المثال، التحليل النفسي)، والالتزام بنهج علمي يطبق معناه الاتكال على إطار مفاهيمي واضح وقابل للاختبار، وأساليب علاجية يجب وصفها بدقة كافية حتى يمكن قياسها وتكرارها، وتقييم تجريبي لوسائل العلاج والمفاهيم المتبعة لتحديد نتائجها، والتركيز على مشاكل معينة وليس على التقييمات العالمية لإجراءات أسيئ تحديدها مطبقة على مشاكل متغايرة الخواص (Rachman & Wilson, 1980).

ومن منتصف القرن العشرين، تأثر قبول نظريات السلوك والعلاجات وبشكل كبير على يد "هانز إسينك Hans Eysenck" الذي أوكلت إليه مهمة وضع برنامج تدريب للأخصائيين النفسيين الذين يمارسون العلاج وذلك بمعهد مودسلاي Maudsley بلندن، وهو الذي كان يعد المركز الرئيسي للتدريب بالمملكة المتحدة. ثم إن إسينك نفسه قد تأثر كثيراً بالرأي القائل إن المحللين النفسيين غير

قابلين للتكذيب وعلى ذلك فهم غير علميين. وقد بدأ استعراض فعالية وسائل العلاج بالتحليل النفسي التي كانت موجودة في ذلك الحين، وفي مقالة مؤثرة (Eysenck, 1952)، انتهى إلى أن العلاجات التقليدية (التحليل النفسي) لم تعد بعد أكثر فعالية مع مرور الوقت أو الدواء الذي يُعطى للمريض لمجرد إرضائه. وفي عام 1960، نشر كتابه "*Behavior Therapy and Neuroses*" ، والذي خلص فيه إلى أن العلاج الفعَّال الوحيد هو العلاج القائم على نظرية التعلم الحديث، مثل إضعاف الحساسية والإجراءات الذرائعية، بما في ذلك البغض. وهكذا أوضح إيسنك نموذجًا للتدريب الإكلينيكي بمعهد مودسلي، كان يسترشد في وضعه بعلم النفس السلوكي العلمي، وهو نموذج تم تدعيمه بعد ذلك بواسطة ستانلي راكمان وإيزاك ماركس، وبعد ذلك واصل تأثيره على تدريب علم النفس الإكلينيكي بالمملكة المتحدة. وإلى جانب ذلك، أنشأ إيسنك صحيفة "*Behavior Research and Therapy*"، والتي قدمت منفذًا لنتائج البحوث الخاصة بالعلاجات السلوكية، وعلى ذلك أسهم بشكل كبير في نشرها على مستوى العالم.

ولقد ازدهرت الدراسات الفعالة للعلاجات السلوكية في السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين. وترامن مع ذلك ظهور مجموعة من المعايير الخاصة بتقييم النتائج العلاجية، مثل مصداقية العلاج، والثقة فيه، ومقارنات قوية للسيطرة. ومع ذلك، زاد الاهتمام بفاعلية النتائج، وتغذية المعالجات السلوكية. ثم إن الاهتمام "بالنظرية" التي قامت عليها تلك العلاجات، "والتمسك النظري" بمباديء الاشراط التقليدية قد ضعف. وطبقًا لما يقوله Levis (1999): "عبارة معالج سلوكي" والتي كانت في الماضي تعني شخصًا ملتزمًا بفلسفة سلوكية بحسب ضميره سرعان ما فقدت أي معنى تخصصي جاهز للعمل" (p. 159). وقد لاحظ آخرون بطريقة مماثلة أن العلاج السلوكي قد فُصل عن النظرية السلوكية (على سبيل المثال، Eifert, Forsyth, & Schauss, 1993).

وبعيدًا عن ذلك، يتم التعبير عن القلق بالنسبة لكفاية ما تضمنته نظرية التعلم عن علم الامراض النفسية (على سبيل المثال، Bandura, 1978). وعلى سبيل المثال، نموذج الاشراط التقليدي الخاص بالخوف والرهاب يتم انتقاده لعدم قدرته على شرح السبب في أن كافة الافراد الذين مروا باختبار مقيت تتولد فيهم الفوبيا—الرُهَّاب—وفي ذات الوقت، بدأ ينظر إلى المباديء الفعالة على أنها مفرطة في البساطة والآلية، إلى درجة أن "المعالجين قد أُحبطوا بفشل أصحاب نظرية السلوكية في تبرير عمليات اللغة والفكر من ناحية فائدتها للمعالجين" (Eifert et al., 1993, p. 108). وعلاوة على ذلك أُحبط المعالجون بنتائج العلاج السلوكي للاكتئاب وكانوا يبحثون عن نموذج آخر، وهو أمر عثروا عليه في العلاج المعرفي.

ورواد العلاج المعرفي هم: Albert Ellis (1957) والذي طوَّر علاجًا معرفيًا وابتكر علاجًا سلوكيًا انفعاليًا عادياً، Aaron Beck (1963)، والذي أُطلق على أسلوبه علاجًا معرفيًا. Donald Meichenbaum (1977) والذي وضع تدريبًا لتعليم الذات. وخلاصة القول، إن إليس كان ينظر إلى التفكير غير الطبيعي على أنه مصدر المشكلة السلوكية، والعواطف، وشدد على دور المجادلة المباشرة للتفكير غير الطبيعي، وتطوير تفكير طبيعي على اعتبار أنه أسلوب للعلاج. كما أن أسلوب "بيك" يؤكد على التشوهات التي على مستوى السطح في معالجة المعلومات وعلاقاتها مع نظم المعتقدات التي أُسيئ تكييفها، وعوضًا عن الجدال كأسلوب علاجي، وهذاالنهج يستخدم النهج السقراطي Socratic لمساعدة الأفراد على المزيد من البراهين. كما أن منهج ميكيبوم يعلم طريقة لتعليم الذات لمواجهة المواقف التي تشكل تحديات. وعلى الرغم من الاختلافات في أساليبهم المعرفية، إلا أن ثلاثتهم كانوا يعتبرون أن "الاضطرابات" تنجم عن التفكير الخاطئ، وهم يتفقون على أن الاختلال الوظيفي في التفكير يولد أعراضًا لعلم الأمراض النفسية، ويحافظ عليها، وأن محتوى المعرفة هو المحدد

الرئيسي للسلوك والعواطف. وفي تناقض ملحوظ للنهج السلوكي المحض، فإن النهج المعرفي يتناول "مفاهيم معرفية غير قابلة للقياس". وعلى الرغم من ذلك، فإن النهج المعرفي يختلف عن النُهج الخاصة بالتحليل النفسي الاستدلالي وذلك لتركيزه على مشاكل حالية، وتفكير حالي وباعتباره التعبير بالألفاظ ما هو إلا نقاط معلومات صحيحة وليست رمزًا لعمليات بعيدة عن الوعي.

والتغييرات النموذجية كانت في ذات الوقت تحدث في النظريات التقليدية والذرائعية الخاصة بالتكيُف. أما في النماذج الأحدث، وُضعت المعرفة في إطار نماذج نظرية تعلم وليس كمجرد رد، بل كعنصر يمتلك أهمية سببية، أو كوسيط للتكيف (على سبيل المثال Rescorla, 1968). أما الجدال بشأن دور التوقعات الضمنية أو غير المدركة بالحس في مقابل التقييات الواضحة المدركة بالحس في التكيف الذرائعي والتقليدي فإنها لم تتوقف. وعلى الرغم من ذلك، فإن صياغة المعرفة ودمجها في الشرطية، كان عاملاً آخر سهَّل قبول نظريات المعرفة ودمجها في نظريات سلوكية وعلاجات.

أما نظرية Bandura's (1973) الخاصة بالتعلم الاجتماعي، والتي صممت فيها عمليات المعرفة دورًا كعوامل محددة رئيسية للسلوك، فقد كانت تشكل تأثيرًا إيجابيًا على قبول المعارف كهدف للعلاج. وقد أكد باندورا أن التعلم لا يعتمد فقط على الخبرة المباشرة، بل يحدث من خلال أحكام أيضًا (على الرغم من أن الخبرة المباشرة كان لا يزال يُنظر إليها في حدذاتها كمحدد حاسم). وعلى ذلك، فإنه في نموذجه الخاص بمذهب الحتمية المتبادل، كان يُنظر إلى السلوكيات، والمعارف، والعوامل البيئية على أن كلاً منها يدعم الآخر بشكل مستمر. وبناءً على ذلك، أكد Bandura (1977) على هيكل معرفي معين، وصاغ الكفاءة الذاتية كمحدد رئيسي للتغيير في السلوك، وكآلية أساسية تقام على أساسها التدخلات العلاجية. وأكد باندورا أن الكفاءة

الذاتية تُرفع بشكل أكثر فعالية بواسطة الإنجاز والأداء وليس بالاقتناع اللفظي—وقد يكون هذا أحد أسباب عديدة أدت إلى أن نموذجه لم يدمج تمامًا على الإطلاق في نظريات المعرفة والعلاج، على الرغم من أنه قد تم دمجه كوسيط للعلاجات السلوكية.

وعلى الرغم من ذلك فإن عاملاً آخر قد سهَّل الانتقال من نظرية السلوكية إلى المعرفة—السلوكية، وهو القيمة المعطاة بالاقتراب المعرفي للأساليب السلوكية وإن لم يكن كوسيلة لتغيير أساليب التفكير التي تم التكيف معها بطريقة خاطئة. وعلى ذلك، لم يكن أصحاب نظرية السلوكية مضطرين إلى التقليص من أساليبهم التقنية السلوكية، عندما وسعوا من أهدافهم لتتجاوز السلوك الصريح إلى مجال المعرفة. وفي أوائل ثمانينيات القرن العشرين كانت الثورة المعرفية لا تزال قائمة. وكان من شأنه إقامة المراكز، مثل مراكز إليس للسلوك الانفعالي، ونشر كتيبات العلاج مثل كتيب *"The Cognitive Therapy of Depression"* (1979) والذي نشره بييك وزملاؤه، أن مهد الطريق لدراسات الكفاءة الإكلينيكية، ونشر إجراءات العلاج المعرفي للمعالجين على نطاق واسع.

أما تطور العلاج السلوكي والمعرفي فقد جاء بعد طرق مختلفة للغاية. وقد جاء العلاج السلوكي وليد مباديء تجريبية لنظرية التعلم والتجريب التي اختبرت أولاً في دراسات معملية على الحيوانات، تبعتها دراسات معملية على البشر، وأخيرًا دراسة نتائج العلاج على نماذج للعلاج السريري. وعلى النقيض من ذلك، فإن العلاج المعرفي استُمد من ملاحظات إكلينيكية ذكية بواسطة Ellis, Beck, and Meichenbaum، عن دور ما يقوله العملاء عن أنفسهم ومعتقداتهم، وذلك في ردودهم العاطفية السلوكية. والأمر اللافت هنا، هو أن علم المعرفة النفسية كان ينمو في نفس الوقت تقريبًا كعلاج معرفي، غير أن مجالي المعرفة وُجدا وكل منهما بمعزل تقريبًا عن الاخر. ولم تبذل

جهود مؤيدي الدمج إلا في منتصف أو أواخر التسعينيات من القرن العشرين، حيث بدأ الحكم على المباديء النظرية الإجراءات العلاجية للعلاج المعرفي على ضوء المباديء والاكتشافات المبنية على التجربة وذلك من علم النفس المعرفي.

النهج المعاصر والتقييم حتى الوقت الحاضر

كان من نتيجة دمج العلاجات السلوكية والمعرفية أن أولى المعالجون المزيد من الاهتمام لتوقعات العميل ومفاهيمه على أنها بيانات صحيحة بحكم حقهم الشخصي، وعلى ذلك فهي تمدنا بمحتوى العلاج السلوكي (Rachman, 1997, p. 18). وقد أنجز التركيز على المحتوى المعرفي في إطار سياق مساعدة العملاء على أن يصبحوا على دراية بالمعرفة— والقيود السلوكية الفعالة، ولكي يبتكروا خبرات تعلم ويحصلوا على مهارات على المستوى المطلوب لإيقاف النتائج التي أُسيئ التناغم معها، ولإنتاج المزيد من الاستجابات التي تم التناغم معها.

وبصفة أكثر، نجد أن العلاج السلوكي المعرفي المعاصر بدأ على وجه الخصوص بتحليل وظيفي على أساس فردي لمشكلة السلوكيات، والمعارف والعواطف والتفاعلات المتبادلة بينها والتي من شأنها أن تطلق استجابة أُسيئ التكيف معها والمحافظة عليها (بمعنى الصياغة السببية). وعلى النقيض من التحليل الوظيفي كما عُرف أساسًا في إجراءات تعديل السلوك القائم على الناحية الذرائعية، فإن العلاج السلوكي المعرفي المعاصر يأخذ وجهة نظر أوسع وذلك يأخذه في الاعتبار السوابق والنتائج الخاصة بالسلوك، والتعرف على أي محفزات تحدث استجابات مشروطة، والمعرفة التي تؤثر في السلوكيات والعواطف. وكذلك يقيّم التحليل الوظيفي دور العوامل الثقافية وذلك في التعبير والصياغة السببية للمشكلةالناجمة عن السلوكيات، والمعارف، والعواطف. وقد نُفذ أسلوب التحليل الوظيفي أولاً من

خلال الأسئلة التي يطرحها المعالج وما يراه من ملاحظات، وفي بعض الأحيان يمتد الأمر ليشمل الملاحظات السلوكية الخاصة بالعملاء في بيئتهم الطبيعية. ثم يتحول عندئذ إلى العملاء الذين يتم تعليمهم كيف يتناغمون مع مفهوم علمي شخصي، الأمر الذي يصبحون معه ملاحظين لنماذج استجابتهم السلوكية والمعرفية والعاطفية في سياقات معينة، بيئية وثقافية. وفي هذه الحالة يقود التحليل الوظيفي خطة العلاج.

وبعد ذلك، تُنفذ مجموعة من الاستراتيجيات التي تستهدف التغيير. وهذه قد تتضمن التعرف على أخطاء حساسة في التقييمات المحسوسة وعلاقتها بالمعتقدات الجوهرية التي تقوم عليها. ويتم تعليم مجموعة من المهارات، كثيراً ما يُطلق عليها إعادة هيكلة معرفية وذلك لتعديل التقييمات المشوهة، والمعتقدات الجوهرية، من خلال الجدل والتطبيب التجريبي المنطقي. وقد اندمج المنهجيون السلوكيون من خلال التجريب والاختبار، والتي سُميت أيضًا اختبار الافتراضات الجدلية، والتي قُصد بها جمع الدليل الذي يزعزع التفكير المشوه. وثمة مجموعة أخرى من استراتيجيات التدخل والتي تتعامل مع الردود التي تم التناغم معها تقليدياً. ومثال ذلك التعرض النظامي والمتكرر لأشياء تبعث الخوف بشكل غير طبيعي للقضاء على الاستجابات المشروطة. والجمع بين المبادىء والإجراءات المعرفية والسلوكية والإجراءات، والتغييرات في المعارف الضمنية نتيجة لأن اختبار التعرض تم الجمع بينهما وبين إعادة تقييم واضحة حتى لا تحدث نتائج مقيتة و/ أو لا تكون مقيتة كما كان متوقعًا.

ورغم ذلك، هناك مجموعة أخرى من الاستراتيجيات تستبدل السلوكيات التي تم التناغم معها بشكل سيء بسلوكيات يتم التكيف معها وذلك من خلال تشكيل تدعيمات وجدولتها ووضع عقوبات. وثمة مثال على ذلك يتمثل في الانخراط في أنشطة تم دعمها بشكل

إيجابي كوسيلة لتصحيح المعدل المنخفض للتدعيمات الإيجابية التي يتسم بها الاكتئاب. وهنا أيضًا، يمكن أن تُصاحب هذه الأنشطة بإعادة تقييمات واضحة لقيمة الدعم الإيجابي، للتخلص من التحيزات المعرفية والتي تنقص من قيمة التدعيمات الإيجابية. أما التأكيد النسبي الذي أُعطي لمباديء ومهارات إعادة التركيبات المعرفية مقابل تعلم فعال ومستجيب، فإنه يختلف طبقًا لميل كل معالج نحو المزيد من السبل المعرفية تقابل المزيد من النهج السلوكية وإلى تغيير معرفي—سلوكي، ومن ثم طبيعة المشكلة القائمة. وعلى الرغم من ذلك، فإن المعالج الذي يجمع حقًّا بين الأسلوب المعرفي والسلوكي يعلن اعتماده فعلا على كليهما. ويتم بصفة دائمة تنقيح خطة العلاج طبقًا للتقييم الجاري للهدف من ناحية العواطف، والسلوكيات، والمعارف. أما الخطوة الأخيرة للعلاج فتتمثل في خطة تمنع الانتكاس، يتم وصفها للمحافظة على المهارات التي تم اكتسابها بمرور الوقت.

وكما سبق القول فإن العلاج السلوكي المعرفي يُستخدم على نطاق واسع، وهو أكثر الاتجاهات العلاجية التي يصبح ذكرها بين المعالجين الذين استُطلعت آراؤهم عشوائيًا من أعضاء الرابطة النفسية الأمريكية The American Psychological Association، (Stewart & Chambless, 2007). ويرجع جزء من شعبيتها إلى الدعم التجريبي الذي أنجزه العلاج السلوكي المعرفي، حيث أُظهر نتائج إيجابية لعدد كبير من المشاكل النفسية. وباعتباره العلاج الأكثر شيوعًا والذي دُعم تجريبيًا، فإن مجال استخدام العلاج السلوكي المعرفي له جاذبية لبرامج التدريب والمعالجين الممارسين بصفة عامة، ومستوى الدعم التجريبي هو وظيفة الفلسفة التجريبية والتي هي جوهر العلاج السلوكي المعرفي.

وقد تعززت شعبية العلاج السلوكي المعرفي بناحية من المنهجية التجريبية والتي هي عبارة عن استخدام إجراءات التدخل اليدوي. وكانت الناحية اليدوية تشكل خطوة ضرورية للتقييم التجريبي، بالنظر

إلى أن الاستخدام اليدوي يتيح تكرار العلاج السلوكي المعرفي في دراسة يتم إجراؤها بشكل مستقل. وفي حين أنه قد يكون بعض سمات الهبوط إلى الناحية اليدوية المحضة، مثل الإخفاقات في وضع العلاج السلوكي المعرفي بشكل يتناغم مع المشكلة القائمة، وربما إخفاق في تعليم وتقدير المباديء التي يقدم عليها هذا العلاج بشكل كامل، غير أنه كان للاستخدام اليدوي دور كبير في نشر برامج التدريب على العلاج السلوكي المعرفي والممارسة الإكلينيكية Clinical بوجه عام. وعلاوة على ذلك، فإن شعبية العلاج المعرفي السريري تتناغم مع التأكيد على العلاج القائم على أساس الدليل. وأخيراً، فإن طبيعة الوقت المحدود لهذا العلاج، ومناسبته للاستخدام في المجموعات يضيفان المزيد لمخزون أدواته عن طريق فعالية التكلفة، والتي لها بالطبع أهمية بالغة في عالم العناية الاقتصادية.

توجيهات مستقبلية

ومع ذلك، فحتى الآن على شفا تغيير في مسار العلاج السلوكي المعرفي. وكما أن النظريات المعرفية والعلاجية قد تطورت، فمن ثم بدأت العمليات المعرفية تُعطي مفاهيم خاصة بها شأنها في ذلك شأن عمليات الحاسب الآلي (الكمبيوتر). وفي هذا النموذج، تتكون المعرفة من عدد من العمليات مثل التشفير، والاستعادة، والتقييم. وهذه النوعية من وضع النظريات وضعت العلاج المعرفي—إلى درجة معينة—مع علم النفس المعرفي (أي علم الطرق التي يتم التعامل بها مع المعلومات، وتخزينها واستعادتها). وعلى ذلك، فإنه بدءًا من تسعينيات القرن العشرين وما بعد ذلك، أُولي اهتمام كبير للطرق التي يغذي بها علم النفس المعرفي العلاج المعرفي والسلوكي. والواقع أن التقدم في فهمنا العلمي للتدخل العاطفي—المعرفي للاضطرابات العاطفية، يدعم بعضًا من الافتراضات الخاصة بالعلاج المعرفي—في جوهره—يظل علاجًا يستهدف المحتوى المدرك من المعرفة. وقد ألقى

علم النفس المعرفي ضوءًا على قيود معينة خاصة بنموذج معرفي خاص بعلم الأمراض النفسية وعلاجها حيث يقوم هذا النموذج على أساس المحتوى. وعلى سبيل المثال، فإن من المعروف الآن تمامًا أن غالبية معالجة المعلومات تحدث على مستويات تقع وراء نطاق الوعي، ودون تقييم محسوس. أما كفاية محاولات تغيير المعرفة التي وراء نطاق الوعي من خلال إعادة تقييمات مدركة، فقد كانت وضع تساؤل (على سبيل المثال، Teasdale & Barnard, 1993). أما الوسائل البديلة لتغيير أساليب معالجة المعلومات التي لا تعتمد على تقييمات مدركة، فقد اختُبرت الآن على أنها تكملة أو بديلة للعلاج المعرفي. وهذه الوسائل تتضمن أساليب واعية قائمة على القبول والتي صيغت على أنها الموجة الثالثة من العلاجات السلوكية (Hayes, 2008). وفي بعض هذه النماذج العلاجية الأكثر حداثة، مثل العلاج المعرفي القائم على اليقظة (على سبيل المثال، Williams et al., 2008)، فإن المحاولات المباشرة لتغيير محتوى التقييمات المدركة تصاحبها مهارات اليقظة. وفي نماذج أخرى، مثل علاج القبول والالتزام (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)، نجد أنه لم يتم تجاهل دور التقييم الواعي، غير أنه بدلاً من التعامل مباشرة مع محتوى هذه التقييمات، يُوجه الانتباه إلى وظيفتها وطرق تعطيل هذه الوظيفة.

وهناك تطور حديث آخر يُعد تحدِّيًا للمزيد من السبل المعرفية المحرضة يتمثل في الدليل المتمثل في علاجات سلوكية جديدة للاكتئاب. أما عدم الرضا على الأساليب السلوكية لمعالجة الاكتئاب، فكان يشكل زخمًا كبيرًا لتطوير العلاجات المعرفية. ومع ذلك، فإنه في تغيير عكسي للأوضاع، نجد أن فعالية تنشيط العلاج السلوكي للاكتئاب بدأ يكتسب دعمًا.وهذاالعلاج قائم على مباديء تكييف ودعم يتسمان بالفعالية (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). وزيادة على ذلك، فإن تنشيط العلاج السلوكي قد يكون له الافضلية على العلاجات المعرفية بالنسبة لحالات الاكتئاب الشديد (Dimidjian

et al., 2006). وإلى جانب الزيادة السريعة في مباديء التعلم السلوكي الفعّال للعلاج، نجد أن إعادة تنشيط الاهتمام بمباديء التكييف والإشراط التقليدي لعلاج نوبات القلق بأسلوب التعرض، الذي تحفزه إحراز التقدم في العلم الأساسي الخاصة بالتعلم والذاكرة (على سبيل المثال: Craske et al., 2008). وخلاصة القول، هو أن الموجة الثالثة في العلاج السلوكي المعرفي تتراجع إلى مباديء سلوكية، وتمتد إلى الأمام إلى اليقظة والقبول.

3

النظرية

المبادىء والنظريات التي يقوم على أساسها العلاج السلوكي المعرفي مأخوذة من مصادر عديدة ومختلفة أصبحت ممتزجة مع بعضها، مثلما تطور العلاج السلوكي المعرفي من أساليبه السلوكية الأولية إلى الدمج المعاصر للعلاج السلوكي المعرفي . وبعد تقديم الأهداف الرئيسية للعلاج السلوكي المعرفي ، يحدد هذا الفصل الطرق التي بواسطتها نجد أن كل مجموعة من المباديء النظرية تضع مفاهيم للسلوكيات التي أُسيئ التناغم معها، وكذلك العواطف أو المعارف وتعديلاتها. أولاً، نظرية التعلم، بما في ذلك مباديء التكيف التقليدي، والتكيف الذرائعي. ويعد ذلك نظرية التعلم الاجتماعي، والتي تقدم لنا نظرية معرفة خاصة بالتغير السلوكي. وأخيراً، قُدمت نظرية التقييم المعرفي. وقد وصفت الطرق التي تتداخل فيها النظريات وتتناغم مع بعضها البعض. وكما ذكر آنفًا، وكلما زاد توجه المعالج سلوكيًا، فإنه سيعقد أساسًا على نظرية المعرفة من ناحية إضفاء

المفاهيم على مشكلة قائمة وصياغة خطة للعلاج، في حين أنه كلما زاد التوجه المعرفي لدى المعالج، فإنه سيفضل نظرية التقييم المعرفي ومبادئه. وبوسع المعالج المعرفي—السلوكي وبكل راحة أن ينهل من كل من نظريات التعلم (بما في ذلك نظرية التعلم الاجتماعي) ونظرية التقييم المعرفي لإضفاء مفهوم على المشكلة ووضع خطة للعلاج.

الغايات

وإذا توسعنا في الكلام بوسعنا القول إن غاية العلاج السلوكي المعرفي هو الوصول لتقليل في الأعراض وتحسين في نوعية الحياة من خلال استبدال سلسلة التكيف السيئ العاطفي، والسلوكي، والاستجابة العاطفية بالمزيد من الاستجابات الأكثر تناغمًا. ويقوم هذا الهدف على أساس فكرة أن سلوكيات المشكلة، والمعارف والعواطف الخاصة بها تم الحصول عليها - وعلى الأقل جزئيًا—من خلال الاختبار والتعلم، وعلى ذلك فهي معرضة للتعديل من خلال اختبار وتعلم جديدين[٢]. والهدف الذي يرمي إليه العلاج السلوكي المعرفي هو تعليم طرق جديدة للاستجابة وتطوير اختبارات تعلم جديدة تعمل معًا على إيجاد المزيد من نماذج التناغم السلوكية، الفعالة، والاستجابة المعرفية. ثم إن محاولة هذه التغييرات تمت في إطار فترات زمنية قصيرة نسبيًا، وبتعبير آخر، يرمي العلاج السلوكي المعرفي ليس أن يكون مركزًا على المشكلة فقط، بل ومحدودًا في الوقت أيضًا.

وهناك غاية أخرى للعلاج السلوكي المعرفي وهو أنه يرمي إلى نتائج إيجابية طويلة المدى تتسم بأنها تحافظ على نفسها. وهكذا يتم تكرار خبرات التعلم، ويتم التدرب على طرق جديدة من الاستجابة على مدى عدد كاف من المناسبات والسياقات حتى تصحيح المحددات الكبرى والوسائل المفضلة للاستجابة على المدى البعيد، وذلك بمعزل

2. عطايا جينية وناحية مزاجية نُظر إليها على أنها عوامل مساهمة إضافية للسلوكيات والمعارف والعواطف المتعلقة بالمشكلة.

عن سياق العلاج. وبهذه الطريقة يرمي العلاج السلوكي المعرفي أن يجهز العملاء بالذخيرة التي تتوفر لهم من مهارات التعامل مع الأوضاع التي تمثل مشاكل وبواسطتها يصبحون أخيراً أقل اعتمادًا على المعالج، ومستقلين عنه.

وهاتان الغاياتان الرئيسيتان يتم تحقيقهما في إطار مجموعة من المباديء المرشدة الخاصة بالنظرية السلوكية ونظرية العلم والمعرفة (ومنذ عهد قريب جدًّا، علم المعرفة) لإضفاء مفاهيم على تقديم المشاكل، وصياغة استراتيجيات للتدخل. وهذه المباديء لها هدف آخر، وهو أن تستخدم تحليلاً وظيفيًّا بشكل فردي وذلك للعلاقات السببية بين المعارف والسلوكيات والعواطف والسياقات البيئية والثقافية لوضع استراتيجيات للتدخل، وعلى وجه الخصوص بالنسبة لاحتياجات مشكلة معينة. وهكذا، فإنه بدلاً من افتراض أن علاجًا معيارياً واحدًا يناسب الكل، فإن العلاج السلوكي المعرفي يقوم على أساس تدخل حريص وفهم لكل مشكلة فردية تطرح نفسها. ويشير التحليل الوظيفي إلى تحليل ليس للسابق والنتائج الذرائعية فقط، بل وكذلك إلى أي محفز تنتجه وأية استجابات إشراطية وأية معارف تسهم في السلوكيات والعواطف، وفي أية سياقات بيئية وثقافية تحدثها. وعلى ذلك، فإن العميل والمعالج يختاران خياراً فعَّالاً عن أية وسائل تُستعمل بالنسبة للتغيير السلوكي والمعرفي وذلك من بين مجموعة مختلفة من استراتيجيات التدخل.

وثمة غاية أخرى وهو توفر نهج مرنٍ للتنفيذ، يتم تسهيله بالتقييم المستمر، وتعديل استراتيجيات التدخل حسبما يكون ملائمًا. ويرتبط بهذا هدف دفع العميل إلى الانخراط في عملية إجراء التجارب، والتقييم المستمر لفاعلية التدخلات التي تم اختيارها. والتقييم لا يسمح بتنقيح استراتيجيات التدخل عند الضرورة فحسب، بل ويوفر أيضًا تقييمًا لما أُنجز من تقدم. والتقدم الإجمالي يتم قياسه بعلامات قياس

متفق عليها بين العميل والمعالج، وحين يشير الدليل إلى عدم التقدم، يولي الاهتمام باتباع وسائل علاج بديلة. ومن الجلي أن هذا يتطلب التعاون بين العميل والمعالج في صياغة وتنفيذ خطة علاج وتوجه في غاية النشاط من قبل العميل.

مفاهيم أساسية

ينقسم هذا الجزء إلى مفاهيم أساسية لنظرية التعلم (تكييف تقليدي وذرائعي)، ونظرية تعلم اجتماعي، ونظرية تقييم معرفي. والطريقة التي تتداخل فيها هذه النظريات وتتناغم كل منها مع الاخرى تم وصفها أيضًا.

نظرية التعلم: تكيف تقليدي

التكيف التقليدي (أو المستجيب) يعتمد على محفز فطري مثير للذكريات والعواطف، مثلما ينجم عن إصابة بدنية ألم انعكاسي. وعندما يتم الجمع بين محفز محايد ومحفز غير مشروط، يصبح المحفز المحايد محفزًا مشروطًا له قوة على إحداث استجابات مشروطة تمثل الاستجابة الانعكاسية الأصلية غير المشروطة (Pavlov, 1927). وعلى سبيل المثال، فإنه في حالة الأشخاص الذين يتناولون علاجًا كيميائيًا (وهو محفز غير مشروط)، قد تصبح المرضة محفزًا مشروطًا لارتباطها باستخدام العلاج الكيميائي.

وبناءً على ذلك، فإن رؤية المرضة قد تسبب اشمئزازًا شديدًا لدى العميل حتى قبل أن يتناول العلاج الكيميائي في المرة التالية. والأكثر من ذلك أنه، من خلال عملية تعميم نجد أن الاستجابات الاشراطية قد تبدأ في الظهور كردة فعل للتحفيز تماثل التحفيز الاشراطي الأصلي. وعلى أساس المثال السابق، قد ينجم عن التعميم غثيان اشتراطي لرؤية العيادة الطبية أو الهيئة الإدارية. وعلاوةً على ذلك،

يوضح Pavlov (1927) إنه إذا قدم المحفز الاشراطي مرات كافية دون المحفز غير المشروط، نجد أن الاستجابات الاشراطية تقل أو تختفي. واستمرارًا للمثل ما أن يتم العلاج الكيماوي، نجد أن الزيارات المتكررة للعيادة للمراجعة سوف ينجم عنها في النهاية نقص في استجابة الغثيان الاشراطية.

وقد طُبقت مباديء الاشراطية التقليدية غالبًا على نوبات القلق. فوضع النظريات المبكرة المتعلقة بالخوف والرهاب كانت تعتمد على نماذج الاشراطية الكلاسيكية المتقاربة والتي نجد فيها محفزًا محايدًا يطوّر سمات مثيرة للخوف وما ذلك ببساطة سوى بسبب ازدواجه مع محفز يثير المقت. والأمثلة تتضمن السخرية والرفض من مجموعة أقران الأمر الذي يؤدي إلى خوف اشتراطي (أي رهاب) من المواقف الاجتماعية أو نباح يصدر عن كلب شرس الأمر الذي يؤدي إلى إصابته بفوبيا الكلاب. وقد انتُقدت هذه النظريات القديمة باعتبار أنها تبسط الأمور أكثر من اللازم (على سبيل المثال، Rachman, 1978)، وخاصة لأنه ليس كل واحد يجتاز اختبارًا معينًا يصاب بفوبيا الخوف. بمعنى أنه ليس كل واحد يتعرض للسخرية من أحد أقرانه في المجموعة يصاب بفوبيا اجتماعية، وليس كل واحد يتعرض لنباح كلب شرس تتولد فيه فوبيا الخوف من الكلاب. والتنقيحات الحديثة للنماذج الاشراطية التقليدية للخوف والقلق (انظر Mineka & Zinbarg, 2006، للمراجعة) تصحح الأخطاء القديمة.

وتواصل النماذج الجديدة التشديد على دور الاختبارات المقيتة في تكوين استجابات قلق اشتراطية، ولكنها، بدلاً من أن تكون قاصرة على اختبار مباشر لأحداث سلبية، فإنها تمتد لتشمل الاشراطية من خلال ملاحظة بديلة لأحداث سلبية، أو حتى إذاعة تتضمن معلومات عن أحداث سلبية (انظر Mineka & Zinbarg, 2006، من أجل تنويهات عن أبحاث دائمة). وعلى سبيل المثال، ملاحظة

شخص آخر وقد لحق به أذى بدني و/ أو تملكه الفزع بسبب حادث سيارة، قد تكون كافية لإيجاد عقدة الخوف من السيارات، أو إذا تحدث أحد إليه عن أخطار قيادة السيارات والاحتمال الكبير لوقوع حوادث سيارات خطيرة. وإذاعة المعلومات الخاصة بالاشتراط تمثل دمج عمليات المعرفة من نماذج الاشراط التقليدية. أما نماذج الاشراط الحديثة فإنها تقر أيضًا أن عددًا كبيرًا من العوامل البنيوية والقرينية مما بعد الحدث تقلل من احتمال الإصابة بفوبيا الخوف الاشراطية بعد وقوع حادث شنيع. والعوامل البنيوية (المتغيرات الفردية المتغيرة) تتضمن الحالة المزاجية الشخصية. وعلى سبيل المثال، يعتقد أن الأشخاص الذين يميلون إلى أن يكونوا أكثر عصبية بصفة عامة من المرجح أن يكونوا عرضة للإصابة بالفوبيا المشروطة بعد اختبار سلبي أكثر مما هو الحال بالنسبة للأشخاص الأقل عصبية الذين يجتازون نفس الاختبار السلبي. وهناك عامل بنيوي آخر وهو التاريخ الشخصي للاختبار المحفز الذي يصاحبه بالتالي حادث مروع، كما أن الاختبار الإيجابي السابق قد يشكل حاجزًا ضد الإصابة بفوبيا الخوف الاشراطية. وعلى سبيل المثال، نجد أن نتائج مشاهدة أحد الوالدين يتصرف بخوف بالنسبة للأماكن المرتفعة، قد تصده رؤية مسبقة لأحد أعضاء العائلة وهو يتصرف دون خوف بالنسبة للأماكن المرتفعة. والاعتراف بوجود عوامل تحدث فرقًا بين الأشخاص يواجه النقد السابق بأنه ليس كل من اجتاز اختبارًا مقيتًا يصاب بفوبيا الخوف، بل إن أشخاصًا معينين هم بالأحرى معرضون للإصابة بفوبيا الخوف الاشراطية بعد اختبار مروع كعمل جاء وليد حالتهم المزاجية واختبار حياتهم.

والعوامل البنيوية في وقت الاختبار المروع تتضمن القوة والقدرة على السيطرة والأحداث السلبية التي تتسم بمزيد من القوة وقدرة أقل على السيطرة من المرجح أن تولد خوفًا اشتراطيًا أكثر من الأحداث السلبية الأقل قوة و/ أو التي تتسم بمزيد من القدرة على السيطرة.

وعلى أساس هذه الافتراضات، فإن الأشخاص الذين احتجزوا لفترة طويلة داخل المصعد، وهم محجوزون بين الطوابق من المحتمل أن يصابوا بالخوف الاشراطي من المصاعد بدرجة أكثر مما تكون عليه الحالة بالنسبة للشخص الذي يستطيع الهروب من مصعد محجوز بين الطوابق بدرجة سريعة نسبيًا. وعلى غرار ذلك، الجنود الذين على الخطوط الأمامية للمعركة من المحتمل أن يصابوا بالخوف الاشراطي أكثر من أولئك الذين هم بعيدون عن خط النار. وثمة عامل قريني آخر مرتبط بمباديء الاستعداد، أو الميل الفطري للإصابة بسرعة بالخوف المشروط بسبب محفز كان يشكل تهديدًا لأجدادنا الأولين (Seligman, 1971) ومن أمثلة هذا المحفز الأماكن المرتفعة، التعرض للحجز في أماكن يصعب الهرب منها، والزواحف، وإشارات رفض الشخص من مجموعته. وهكذا، وكعينات لذلك، من المرجح بالأكثر أن يُصاب الإنسان بخوف مشروط يستمر طويلاً عقب اختبارات سلبية في مواقف معدة مسبقًا (على سبيل المثال أن يواجه الضحك عليه من أقرانه) إذا ما قورنت بآخرين، أما المواقف التي لم يتم الاستعداد لها مسبقًا (على سبيل المثال، الإصابة بصدمة كهربية). فمن المعتقد أن الاستعداد وهو سبب عدم الإصابة بشكل عشوائي بفوبيا الخوف، أو لحقيقة أن بعض الأشياء أو المواقف من المرجح أن تكون مصدر خوف أكثر من أشياء أخرى.

وعقب التكييف (أو الاشراط)، نجد أن مجموعة من العمليات التي تأتي بعد الحادث قد تؤثر في استمرارية الخوف الاشراطي، بما في ذلك خبرات مقيتة إضافية، وتوقعات بحدوث نتائج خطيرة (Davey, 2006)، والاستجابة الرافضة. وعلى سبيل المثال، الطفل الذي تغيظه جماعة أقرانه، وبعد ذلك، يفكر كثيرًا في أمر تعرضه للإغاظة، فإنه يتوقع المزيد من تعرضه لهذا، ويتجنب مجموعة أقرانه، من المحتمل أن يُصاب بقلق اجتماعي بخلاف الطفل الذي يتعرض لنفس الإغاظة ولكنه يعود لمجموعة أقرانه في اليوم التالي. وخلاصة القول، تدرك

النماذج الحديثة من الاشراط التقليدي أن الإصابة بخوف اشتراطي قديم ومبالغ فيه لا تفسره حادثة رهيبة معينة لوحدها، بل بالتفاعل بين عوامل معدة مسبقًا، والحادث المقيت، والتفاعلات المتعلقة بالحادث.

ونموذج الاشراط التقليدي يُطبق أيضًا على الاضطرابات الناجمة عن استخدام المادة، والتي تطبق فيها مباديء الاشراط الفطري، وكذلك الاشراط المقيت. والاشراط الفطري يشير إلى الاشراط مع المحفز غير الاشراطي الذي ينتج استجابة إيجابية فطرية، في حين أن الإشراط المقيت يشير إلى إشراط مع محفز غير مشروط يتولد عنه استجابة فطرية سالبة. وفي حالة الاضطرابات الناجمة عن استخدام المادة فإن الشعور بالنشاط والخفية يأتي كاستجابة انعكاسية فطرية غير اشتراطية بالنسبة للمتحرر. وبمرور الوقت فإن المحفز البيئي الموجود أثناء حالة الشعور بالنشاط والخفة يصبح مشروطًا. وهذا المحفز البيئي قد يكون الموقع الذي يستهلك فيه المخدر عادةً، أو الناس الذين من عادتهم تعاطي المخدرات. وبناءً على ذلك، نجد أن المحفزات البيئية تثير رغبات أو شهوات مشروطة تحفز على تعاطي المزيد من المخدرات. وهذا النموذج يُطلق عليه نمط من الرغبة العامة الناجمة عن الشهية والتحفيز (Stewart, deWit, & Eikelboom, 1984)، ويفسر هذا النموذج الصعوبات التي يختبرها متعاطو المخدرات عندما يخافون ولكنهم يعودون بعد ذلك إلى الجو الذي بدأوا فيه أساسًا تعاطيهم المخدرات.

ومعنى هذا، أن مجرد رؤية مجموعة من الأصدقاء كان يتناول المخدرات معهم، قد يكون كافيًا لاشتهائه المخدرات، حتى لو لم تكن المخدرات نفسها موجودة.

واقترح Siegel (1978) نموذج الاستجابة التعويضية المشروطة، وهو نموذج تقليدي مشروط لمقاومة تعاطي المخدرات. وفي هذا النموذج، يصبح المحفز البيئي، المرتبط بتعاطي المخدرات، مرتبطًا بتأثر

المخدر على الجسم، ويثير استجابات مشروطة تأتي على العكس من تأثير المخدر، مدفوعة بدافع آلي من أجل الاتزان البدني للجسم. وفيما تتزايد هذه الردود المشروطة في حجمها مع استمرار تعاطي المخدر، يقل تأثير المخدر وتزداد القوة على مقاومة التعاطي. وأخيراً، اثير الاشراط التقليدي المقيت كآلية إضافية، بواسطتها نجد أن التحفيز المرتبط بالفترات غير السارة المصاحبة لانسحاب المخدر توجد أعراضًا مثل أعراض الانسحاب. وعلى سبيل المثال، إذا كان الانسحاب يُختبر بشكل نمطي لدى الاستيقاظ من النوم، عندئذ يمكن أن يحدث الاستيقاظ أعراض انسحاب مشروط، وهذا بوسعه أن يحفز على تعاطي المخدر لكي يقلل من نتائج الانسحاب.

مباديء العلاج

ونموذج العلاج المستمد من حالات التكيُّف التقليدي بأن السلوكيات والعواطف يمكن تغييرها وذلك بالتخلص من الارتباطات التي تكونت بين المزاج (محفز مشروط) ونتيجة إما لطيفة أو مقيتة (محفز غير مشروط). وفي نظرية التعلم، أشير إلى هذا على أنه "انطفاء". والتكيف يتضمن الجمع بين محفز مشروط ومحفز غير مشروط، والانطفاء يتضمن تقديم متكرر للمحفز المشروط بدون المحفز غير المشروط. والعلاج المناظر أشير إليه كعلاج عن طريق الإفصاح، وفي هذا العلاج، يواجه العميل بشكل متكرر الشيء الذي سبب الخوف (في حالة نوبات القلق) أو الإشارة التي تشير إلى المخدر (في حالة الاضطرابات الناجمة عن استخدام) مع عدم وجود نتيجة كئيبة أو سارة. وكمثال على ذلك، نجد أن الأشخاص الذين يعانون من قلق اجتماعي يُشجَّعون على الدخول—وبشكل متكرر— في المواقف الاجتماعية دون أن يتعرضوا للسخرية أو الرفض، أو الأشخاص الذين يعانون من التوتر والضغط بعد أن لحق بهم الأذى يجب تشجيعهم على أن يدخلوا وبشكل متكرر الأماكن التي سبق أن لحق بهم الأذى فيها، دون أن يلحق بهم الأذى مرة أخرى.

وكمثال آخر، الأشخاص الذين يعاقرون الخمر بشكل مفرط سوف يعرضون للكشف عن إلماحات تشير إلى الخمر (على سبيل المثال، رؤية الخمر أو رائحته) ومنعوا من معاقرة الخمر ولذلك فإن المحفز المشروط يُقدم بشكل متكرر في غياب الدعم الذي يأتي من تناول الخمر. وهذا ما يُطلق عليه التعرض للكشف عن إشارة تدل على المعاقرة.

وهناك آليات عددية يعتقد أنها أساس الانطفاء وعلى ذلك، فهي أساس العلاج عن طريق الكشف والتوصل إلى إشارات. ومثل هذه الآلية هي التعود (أو تقليل قوة الاستجابة وما ذلك ببساطة سوى وظيفة الكشف المتكرر عن إشارات وأدلة). وهناك آلية أخرى، وهي تعلم المنع، والتي تعد أكثر أهمية للتوقف (Myers & Davis, 2007). والتعلم عن طريق الامتناع معناه أن الارتباط الأساسي بين الحافز المشروط والحدث المقيت لم يُمسح طوال فترة انطفاء الرغبة، بل بالأحرى يتم تطوير ارتباط منع جديد (أو توقع). وعلى سبيل المثال، فإن نتيجة العلاج عن طريق كشف إشارة أو دليل للخوف من الكلاب، فإن ارتباط "إشارة" أصلي بين الكلب والنباح بشكل يبعث على الذعر سوف يكمل بوسطة ارتباط "منع" جديد بين الكلب وعدم وجود النباح المخيف. وبناءً على ذلك، وكنتيجة للعلاج عن طريق كشف الإلماحات ستُوجد في الذاكرة مجموعتان من الارتباطات. وما أن ينتهي العلاج عن طريق معرفة الدلائل، فإن مستوى الخوف الذي كان يتم التعبير عنه عند لقاء الكلب في الحياة اليومية سيعتمد على أية مجموعة من الارتباطات تم تحفيزها. وما يلفت الانتباه، أن البحث الرئيسي الذي قام به بوتون وزملاؤه (استُعرض في كتابات (Bouton, Woods, Moody, Sunsay, & Garcia-Gutierrez, 2006 يشير إلى أن السياق يُعد مهمًا لتحديد أية مجموعة من الارتباطات تم إثارتها. وإذا تم اللقاء مع المحفز الذي سبق الخوف منه، في سياق مماثل لسياق المحو/ التعرض، هنا سيكون من المحتمل بالأكثر تنشيط

ارتباط المنع، الأمر الذي ينجم عنه خوف قليل جدًا. وعلى الرغم من ذلك، إذا كان المحفز الذي كان يسبب الخوف سابقًا تم اللقاء به في سياق من الجلي أنه مختلف عن سياق علاج المحو/ التعرض، عندئذ، فإن الارتباط المثير الأصلي من المحتمل بالأكثر أن ينشط، الأمر الذي يتولد عنه مزيد من الخوف. وعلى غرار المثال الخاص بالخوف من الكلب، افترض أن العلاج القائم عل التعرض تم في مركز لتدريب الكلاب. هنا، ينتهي أحد العلاجات، فقد تم اللقاء مع كلب في ممر جانبي في منطقة مجاورة، وهذا سياق من الجلي أنه مختلف عن سياق مركز تدريب الكلاب. وفي الممر الجانبي، من المحتمل أن ارتباط الخوف الذي أثير أصلاً، أن يتم تنشيطه أكثر من ارتباط لمنع الجديد الذي نشأ طوال فترة العلاج عن طريق التعرض، الأمر الذي نجم عنه تعبير الخوف.

وهكذا، فقد افترض أن تغييراً في السياق أنه—ولو على الأقل جزئيًا—السبب في عودة الخوف الذي يحدث أحيانًا بعد العلاج عن طريق التعرض عند معالجة نوبات القلق (Craske et al., 2008) والانتكاسة بعد العلاج من الاضطرابات الناجمة عن استخدام المادة (على سبيل المثال، Collins & Brandon, 2002). وعلاوة على السياق، فإن عوامل أخرى بوسعها أن تنشط أيضًا الارتباط المحفز الأصلي. ومن بين هذه العناصر، التعرض لاختبار سلبي جديد. وهكذا، فإن الأشخاص الذين تم علاجهم بنجاح من الخوف من الكلاب قد يعود إليهم خوفهم إذا وقعت لهم بالتالي حادثة سيارة (في نظرية التعلم يُطلق على هذا العودة إلى الوضع السابق)، أو إذا نبح فيهم كلب شرس (وهذا ما يُطلق عليه "إعادة اكتساب Reacquisition).[٦]

وقد تم الآن اختبار استراتيجيات الابتكار لتعزيز ارتباطات المنع طوال مدة العلاج عن طريق التعرض (انظر Craske et al., 2008،

للمراجعة). وعلاوة على ذلك أولي الاهتمام إلى طريق تعزيز استعادة ارتباطات المنع الجديدة ما أن يتم العلاج عن طريق التعرض، وبناءً على ذلك تقل حالات الانتكاس، كان يعطى علاج التعرض هذا في سياقات عديدة. وثمة طريقة أخرى، وهي أن تقدم الإلماحات الخاصة بالاسترجاع، والتي تذكر العميل—عندما يكون خارج سياق العلاج—بالتعلم الذي حدث في سياق العلاج أو على الاقل يوصي العملاء أن يحاولوا بكل نشاط تذكر ما تعلموه عندما كانوا في سياق التعلم (انظر Craske et al., 2008).

وهناك مفهوم رئيسي مرتبط بالتخلص من الاستجابات المشروطة في الإشارات الخاصة بالسلامة، أو الكوابح المشروطة التي تتنبأ بغياب المحفزات المقيتة. وعندما يكون الكابح المشروط موجودًا، لا يزدوج المحفز المشروط مع الحافز غير المشروط، وعندما لا يكون الكابح المشروط موجودًا، فإن المحفز المشروط يندمج مع المحفز غير المشروط. وفي الكتابات التجريبية، نجد أن إشارات السلامة تخفف المحنة بالنسبة للمحفز المشروط وذلك علىالمدى القصير، ولكنه عندما لا يكون موجودًا بعد، يعود الخوف إلى المحفز المشروط (Lovibond, Davis, & O'Flaherty, 2000). وإشارات السلامة. العامة الخاصة بالعملاء الذين يعانون نوبات القلق الشديد هي حضور شخص آخر، معالجون، أدوية، طعام، أو شراب. وهكذا، فإن العملاء الذين يعانون من نوبات الذعر والخوف من أراضي الخلاء قد يشعرون بتحسن نسبي إذا أخذوا يتمشون حول مركز للتسوق، مع وجود زجاجة دواء في جيوبهم (حتى لو لم يؤخذ الدواء إطلاقًا) ولكنهم يبلغون عن إحساسهم بالقلق في مركز التسوق في حالة عدم وجود زجاجة الدواء. وقد أظهرت الكوابح المشروطة أنها تتدخل في عملية تعلم التخلص Extinction التي تتناولها الدراسات البشرية التقليدية (على سبيل المثال، Lovibond et al., 2000).

كذلك قامت دراسات عديدة بتقييم إشارات السلامة في عينات الرهاب (انظر Craske et al., 2008، للمراجعة). وعلى سبيل المثال، فإن الذين يعانون من الخوف من الأماكن المقفلة أو الضيقة، والذين يتم تشجيعهم على استخدام إشارات الأمان أثناء عملية التعرض في أثناء وجودهم داخل كشك صغير، يقولون إنهم شعروا بمزيد من الخوف أثناء الاختبار اللاحق الخاص بكشف اختبار الخوف من الأماكن الضيقة بدون إشارات الأمان بأكثر مما شعر به أولئك الذين أكملوا اختبار الكشف عن أعراض بدون إشارات أمان. (إشارات الأمان كانت تتضمن فتح نافذة في جانب الكشك. التأكد من أن باب الكشك غير مغلق). كما أن مفهوم الأمان (أي معرفة أن إشارات الأمان متوفرة على الرغم من عدم استعمالها) له نفس التأثير الضار على النتيجة مثل الاستخدام الفعلي لإشارات السلامة. وهكذا فإن العلاج عن طريق التعرض، يتم عادةً ليس فقط عن طريق الطلب من العملاء أن يواجهوا بشكل متكرر أشياء أو مواقف، ولكن في نفس الوقت يُمنعون من إشارات السلامة المثالية.

دور المتغيرات المعرفية في التكيف التقليدي

التكيف التقليدي في صيغته الأولية، كان يُفهم— وإلى حد كبير—على أنه آلي ويشكل فعلاً انعكاسيًا وليسس به مكان يُذكر لدور المعرفة. وعلى الرغم من ذلك، فلقد تطور هذا النموذج بمرور الوقت ليتضمن عوامل معرفية. ويمكن أن تُعزى "الثورة المعرفية" إلى باحثين مثل تولمان (1948) Tolman، والذي تحدى النماذج الآلية المحضة، وريسكورلا (1968) Rescorla، الذي توصل إلى أن عملية التكييف تتضمن الحصول على معلومات، ولذلك تُظهر الاستجابات المشروطة عندما تتنبأ المحفزات المشروطة أن المحفز المشروط من المحتمل أن يحدث، ويتم حين يتنبأ أن المحفز غير المشروط من المحتمل ان يحدث. أما النماذج المعاصرة فإنها بوجه عام تشير إلى أن المحفز

المشروط ينشط تمثيل ذاكرة المحفز غير المشروط، وتوقع حدوثه (انظر Kirsch, Lynn, Vigorito, & Miller, 2004، للمراجعة). والتوقع هو اعتقاد ذو توجه مستقبلي.

والتوقعات قد تكون ضمنية (آلية)، أو واضحة (محسوسة)، ويستمر الجدل فيما يتعلق بضرورة التوقعات الواضحة في عملية التكييف (Kirsch et al., 2004). والرأي الأكثر تلقائية يصرُّ على أنه فيما أن التوقعات الواضحة قد تنتج بواسطة تجارب التكييف، إلا أنها غير ضرورية له. ودعمًا لذلك، يمكن أن يحدث التكييف لمحفز مشروط، لم يتم إدراكه حسيًا، وعندما تكون العلاقة بين المحفز المشروط والمحفز غير المشروط غير معروفة، على الأقل مع محفزات مشروطة يتم إعدادها" (انظر Ohman & Mineka, 2001). ووجهة النظر البديلة تقول إن التوقعات الواضحة تتوسط نتائج التكييف وتسبب الاستجابة المشروطة. وتأييدًا لذلك، فإن إخبار المشاركين ببساطة عن علاقة بين المحفز المشروط والمحفز غير المشروط يمكنها أن تنتج استجابةً مشروطةً (سبق الإشارة إليها على أنها نقلة معلوماتية)، كما أن التعلم وحده يمكنه أن ينتج محو الاستجابة المشروطة. إضافة إلى ذلك، تختلف قوة الاستجابة المشروطة كوظيفة للمعلومات عن شدة المحفز غير المشروط (Kirsch et al., 2004). وعلى ذلك، فإن الاستجابات المشروطة قد تأتي من خلال عمليات آلية / أوتوماتيكية، أو عمليات نظام معرفي عال (على سبيل المثال، Ohman & Mineka, 2001).

ومعرفة دور العوامل المعرفية في التكييف الكلاسيكي، أمدتنا بطريق يمكن من خلاله الجمع بين النظريات المعرفية ونظريات التعلم. وعلى سبيل المثال، وتشير هذه البراهين إلى تحيزات في التوقعات الخاصة بالافراد الذين يعانون من اضطرابات تولد القلق، بما في ذلك الانتباه المفرط للمحفز السلبي، وتقدير مفرط لاحتمال الاحداث السلبية، وإضفاء سمة الكارثة على معنى الأحداث السلبية (انظر Davey, 2006).

وعلى ذلك، نجد أن الشخص الذي يعاني من القلق قد تكون له توقعات عالية بالنسبة لاختبار مقيت للغاية، الأمر الذي يسهم بدوره في الحصول على استجابات مشروطة و/ أو يتدخل في إزالتها (Davey, 2006). وبتعبير آخر، الافتراضات والمعتقدات التي يتم التكيف معها بشكل خاطئ قد تسهم في القوة الملموسة للمحفز غير المشروط و/ أو الاحتمال الممكن إداركه لإمكانية تكرار حدوثه، الأمر الذي بدوره يحدث تكيُّفًا أقوى. إلى جانب ذلك، تصحيح هذه التغيرات المتوقعة، والتي يمكن أن تتأتى من خلال العلاج المعرفي، يمكن إدماجه بسهولة في علاج التعرض كوسيلة لتعزيز التخلص من الاستجابات المشروطة. والمقصود هنا أن المهارات المعرفية للتعلم لتقليل الاحتمال الذي تم تقديره بالنسبة للأحداث السالبة و/ أو القوة المدركة للحدث السلبي يجب أن تعزز التخلص من الاستجابات المشروطة. بمعنى أن المهارات المعرفية لتعلم تقليل الاحتمال المقدر للأحداث السلبية و/ أو القوة المدركة للحدث السالب يجب أن تعزز التخلص من الاستجابات المشروطة أثناء العلاج عن طريق التعرض. ويشير دافي Davey (2006) إلى هذه الأشياء على أنها استراتيجيات لإعادة تقييم معرفية، أو استراتيجيات لتغيير نتيجة التوقع لحدث مقيت وللتقليل من قيمة المقت.

وفي حالة الاضطرابات الناجمة عن استخدام المخدرات، يشير البحث بطريقة مماثلة إلى أن تحيزات التوقع قد تعزز تكييف الشهية. وعلى سبيل المثال، فإن التوقع المبالغ فيه للمخدرات سيكون لها نتائج إيجابية، مثل تحسن الحالة المزاجية، قد ظهر أنه أُعزي إلى تطور المشاكل المتعلقة بالمخدرات (على سبيل المثال، Smith, Goldman, Greenbaum, & Christiansen, 1995). هذه التوقعات الإيجابية قد تعزز التكييف المتعلق بالشهية، وتكون ثانية هدفًا مناسبًا أثناء التعرض.

نظرية التعلم: التكييف الذرائعي

في حين أن مباديء التكييف التقليدي تقدم على أساس الارتباط بين محفز محايد ومحفز نظري مثير للذكريات والعواطف إلا أن مباديء التكيف الذرائعي تقوم على أساسٍ نتائج استجابة ما وتأثيرها على حدوث لكل الاستجابة مستقبلاً. والقانون الأساسي للتعلم الذي صاغه أساسًا Thorndike (1932) ذكر أن الاستجابات التي يتبعها "شيء مرضٍ" يقوي الارتباط بين الاستجابة من المحتمل بالأكثر أن تحدث فيه. وهكذا، فإن الاستجابة من المحتمل بالأكثر أن تحدث في ذلك الوضع مستقبلاً. وكمثال على ذلك، فإنه إذا كان سلوك الطفل الذي يتسم بالمعارضة قد تبعه اهتمام من الوالدين، فإنه من المرجح أن يحدث السلوك المعارض في حضور الوالد (أو الوالدة) مستقبلا. أما إذا تبع الاستجابة "شيء يضايق" فهنا يضعف الارتباط، ولذلك سيقل احتمال حدوث الاستجابة في ذلك الوضع مستقبلاً. وكمثال على ذلك، فإنه إذا تم تجاهل السلوك المعارض للطفل، فسيقل احتمال حدوثه مستقبلا. وقد تطور Skinner (1938) وعدل من نظرية ثورندايك، وقد رفض فكرة ثورندايك عن "الإرضاء" وقدم نظريته القوية عن السلوك، والتي جاءت في كلمة قوية لتصف طبقات من السلوك تؤثر على البيئة لتنتج نتائج معينة.

وقد صُنفت نتائج الاستجابات السلوكية على أساس عواقبها. وهناك مدعمات، تسبب حدوث السلوك بتكرار أكثر، كما أن هناك "معاقبات"، تسبب حدوث السلوك بتكرار أقل. والمدعمات والمعاقبات إما أن تكون إيجابية، بمعنى أنها تحدث عقب استجابة إيجابية، أو سلبية، بمعنى أنها تنسحب بعد استجابة. وهكذا فإن الحدث الذي يقوم فورًا عقب سلوك ما يسبب لهذا السلوك زيادة في تكراره ويُطلق عليه "مدعم إيجابي". وعلى سبيل المثال، يُعتقد أن

تأثيرات التحفيز الحسي أنها داعم إيجابي للكثير من العادات المتكررة مثل شد الشعر: وبتعبير آخر، من المحتمل بالأكثر أن يحدث شد الشعر في المستقبل لانه قد سبقه تحفيز حسي. والحدث الذي يزيد سلوكًا ما بسبب انسحابه يطلق عليه "مدعمًا سلبيًا" وعلى سيبل المثال، نجد أن تقليل المحنة قد يكون "داعمًا سلبيًا" ناجمًا عن سلوكيات قسرية في الاشخاص الذين يعانون من الإصابة بوسواس قهري، وبتعبير آخر، فإنهم من المحتمل بالأكثر أن ينخرطوا في سلوكيات قسرية في المستقبل لان السلوك القسري يتبعه إحساس بأنه أقل مضايقة.

وأي حدث يأتي في الحال بعد سلوك ما يكون سببًا في تناقض هذا السلوك يُطلق عليه في كثير من الأحيان "معاقب إيجابي". وهذا يتضمن معاقبات بدنية، مثل الروائح الكريهة، والتي استخدمت كمعاقبات لمحفزات جنسية غير مناسبة، ومعاقبات لفظية، مثل قول: "لا" بشكل حاسم في أب (أو أم) ردًا على سلوك الطفل الذي يتسم بالمعارضة. ويحدث "العقاب السلبي" عندما يتبع السلوك إزالة شيء إيجابي، وعلى ذلك، يكون حدوث هذا السلوك ثانيةً أمرًا أقل احتمالاً. ومثال على ذلك إبعاد عن وضع كان يمكن للمرء فيه أن يكون قادرًا على أن يكتسب مدعمات، كما في الحالة التي يسمح فيها للأطفال "بوقت مستقطع" لسلوك معارض. وثمة مثال آخر للمعاقب السلبي وهو الخصم من مجموع مدعمات الشخص، وهذا أيضًا يطلق عليه "تكلفة الاستجابة" كما يستخدم في بعض الأحيان في السلوك المتعلق بالحمية الغذائية (الريجيم)، وفي برامج التدريبات، وعلى سبيل المثال، إذا استُهلكت سعرات حرارية أكثر من الحد الأقصى، أو أقل من القدر الأدنى من التدريب، فإن العميلة ستوافق على إعطاء نقودها إلى جمعية خيرية لا تفضلها. والإبطال هو الافتقار إلى أية نتيجة عقب سلوك ما: سلوك غير مهم، دون أية نتائج مواتية أو غير مواتية، فإنه سيقل في مرات حدوثه.

وفاعلية المدعمات والمعاقبات تتأثر بعوامل مثل الرغبة في الإشباع الكامل، أو أن درجة شهية الشخص للنتيجة قد أشبعت بالعقل. وعلى سبيل المثال، يستخدم الطعام أحياناً كداعم لتشكيل مهارات لفظية بالنسبة للأطفال المصابين بالتوحد، وفعالية المدعم المتمثل في الطعام سوف يتم تعزيزها إذا ما تم عمل التدريب عندما يكون الطفل جائعًا. وثمة عامل آخر يتمثل في المباشرة الفورية مع المزيد من النتائج العاجلة التي لها تأثير أكثر من العواقب غير الفورية أو البعيدة. وهكذا، فإن تأنيب الوالد (أو الوالدة) اللفظي للطفل لسوء سلوكه سيكون أكثر فعالية كمعاقب إيجابي لو تم في الحال، عقب السلوك السيء، من العقاب الذي يحدث في آخر اليوم. والحادث غير المتوقع يعد عاملاً آخر، معناه أن المصداقية التي تتبع فيها النتيجة السلوك تتزايد في تأثيرها. وعلى سبيل المثال، المدعمات الثانوية، والتي يمكن في وقت لاحق استبدالها بمدعم من الدرجة الأولى، مثل الطعام، والذي لا يعطى إلا في بعض فترات فاصلة من الوقت والذي يكون فيه من يتعاطون المخدرات قد نجحوا في الامتناع عن التعاطي سيكون أقل فاعلية عما سيكون عليه الأمر لو تقدم في كل فترة من الوقت الذي يكون قد حدث فيه التوقف. وأخيراً، يعد حجم النتيجة مهمًا، حيث النتائج الأكبر يكون لها تأثير أكبر من النتائج الأصغر.

وثمة مثال جيد لتطبيق المباديء الفعالة على فهم علم الأمراض النفسية نجده في ناحية الاكتئاب. ذلك أن Lewinsohn وزملاءه (1974) على وجه الخصوص نسبوا حالة الاكتئاب إلى معدل منخفض من الرد المتوقف على تدعيم إيجابي. والتدعيم غير الكافي في مناطق الحياة الكبرى، افتُرض أنه يؤدي إلى الشعور بعدم الارتياح والتخفيض من السلوك (أي: تخلف حركي). وهناك ثلاثة مصادر رئيسية للمعدلات المنخفضة للتدعيم الإيجابي تم التعرف عليها. أولاً، قد يكون من شأن البيئة أن تؤدي إلى فقدان الدعم، أولا تكون كافية في تقديم دعم كاف. وعلى سبيل المثال، فقدان الوظيفة ينجم عنه فقدان

في الدعم، والافتقار المزمن إلى الوظيفة سوف يمثل افتقارًا مستمرًا إلى الدعم. ثانيًا، قد يفتقر المرء إلى المهارات اللازمة للحصول على دعم من المحتمل أن يكون متوافرًا. وهكذا سيكون الأمر بالنسبة للشخص الذي يفتقر إلى مهارات اجتماعية، وعلى ذلك تضيع منه فرص الدعم الإيجابي من العلاقات الاجتماعية. ثالثًا، قد تكون المدعمات متوافرة، لكن الشخص غير قادر على التمتع بها والشبع منها، كما قد يحدث مع الشخص الذي يتملكه قلق بالغ في المواقف الاجتماعية إلى درجة أن التعلق يتدخل مع التدعيم الإيجابي الطبيعي من العلاقات الاجتماعية ومن ناحية الاكتئاب فقد عُرف أيضًا أن المزاج السلبي قد ينتج دعمًا إيجابيًا من الأخرين على شكل اهتمام، يؤدي إلى قبول الشخص الدعم لسلوكه بطريقة يسود عليها الاكتئاب. ومثل هذا الدعم قد يسهم في الحفاظ علي السلوك المكتئب. ومع ذلك، فعلى فترات زمنية طويلة، والاهتمام الأولى الذي عبَّر عنه آخرون كثيرًا ما ينتقل إلى المقت (لأن السلوك المستمر للاكتئاب يصبح في نهاية الأمر مقيتًا) ويؤدي إلى تخريب نهائي وانسحاب من التدعيم الإيجابي من الآخرين. وعلى ذلك، نجد أن الشخص المكتئب يفتقر إلى الدعم الإيجابي الذي يقدم للسلوك الذي لا يسوده الاكتئاب، فهو في بداية الامر يلقى دعمًا للسلوكيات المكتئبة، وبعد ذلك، يفقد في النهاية الدعم لأية نوعية من السلوك.

ومع ذلك، هناك تطبيق آخر للمباديء الفعَّالة نجده في نوبات الاضطراب الخاصة بتعاطي المخدرات. فمن المعتقد أن تناول المخدرات تتم المحافظة عليه بالنتائج المدعمة الإيجابية للتأثيرات السيكولوجية للمخدرات، وكذلك بالدعم الاجتماعي، مثل تشجيع الأقران، الذي يعطى لأسلوب حياة يعتمد على تعاطي المخدرات. وعلاوة على ذلك، فالهروب من ضغوط الحياة الذي تسهله المخدرات، والحالات المزاجية السالبة، بل وفي نتائج الانسحاب من المخدرات ذاتها تدعم سلوك تناول المخدرات سلبيًا.

مبادىء العلاج

في المناهج الفعالة للعلاج، يتم عمل تحليل وظيفي لتقييم العوامل التي قد تساعد على الإفراط في السلوكيات التي تم التكيف معها بطريقة سيئة و/ أو نقص في السلوكيات التي يتم تبنيها على وجه الإجمال، وقد وضعت التدخلات لتغيير السوابق إلى سلوكيات، واستخدام التدعيمات لتعزيز السلوكيات التي تم تبنيها، والمعاقبات أو المحو، لتقليل السلوكيات التي تم تبنيها على نحو خاطئ. ويُذكر على وجه الخصوص أن التحليل الوظيفي يرسخ العلاقات السببية بين السوابق والسلوك، والسلوك وعواقب هذا السلوك. وعلى سبيل المثال، وكما ذكر Farmer and Chapman (2008)، إن الشره المرضي bulimia يتضمن أحداثًا سابقة مماثلة للصراع مع أحداث أخرى مهمة وتشابهها مع سوق الطعام الذي يسبق سلوك الإفراط في تناول الطعام. وهذا السلوك يدعمه بشكل إيجابي الإشباع المباشر لشهوة تناول الطعام. أما ما ينجم عن ذلك من شعور بالضيق نتيجة الإفراط في تناول الطعام يصبح عندئذ سابقة للسلوك التالي الخاص بالإسهال، والذي بدوره يتبعه دعم سلبي لتقليل الراحة.

أما الدعم الإيجابي المتمثل في الإشباع المباشر لشهوة الأكل والدعم السلبي لتقليل الشعور بالضيق يزيد احتمال دورة المرح الصاخب والإسهال في المستقبل. وفهم "المصادفات السلوكية" لأي سلوك يتعلق بمشكلة ما أمر ضروري لخطة العلاج الفعالة. وقيل إن السلوك يكون تحت سيطرة محفز عندما يحدث في وجود محفز معين وليس في غيابه. واتِّباعًا للمثل السابق، قد لا يحدث سلوك الشره المرضي إلا في إطار علاقة تصارعه مع شخص له أهميته. وفي هذه الحالة، فإن الصراع مع الآخرين يصبح محفزًا مميزًا لسلوك الأكل بشراهة. وفي أوقات كثيرة، يتم تخفيض المحفز المميز بواسطة متغيرات سباقية مثل الوقت من اليوم، والحالة المزاجية، ولذلك تصبح العلاقات معقدة نسبيًا. وعلى

وجه الإجمال، فإن الحافز المميز والحالات المرتبطة به يعمل للإشارة إلى احتمال تدعيم نتائج السلوك أو معاقبتها. وهناك نوعية أخرى من السوابق يُطلق عليها "ترسيخ عمليات"، أو أحداث أو حالات بيولوجية من شأنها أن تغير تدعيم أو عقاب النتائج. ومواصلة نموذج الشره المرضي، واللجوء إلى التقليل في الطعام منذ عهد قريب قد تخدم كعملية إنشائية تُضخم من احتمال الإشباع السريع من الشره في تناول الطعام (على سبيل المثال، مبدأ الإشباع) في حضور الإشارة إلى الصراع مع الآخرين. إن دور المحفز المميز، وإقامة العمليات نجده ضمن تكوين احتمالية السلوك، والتي استُخدمت عندئذ لتطوير خطة العلاج.

وإدارة السلوك المحتمل تتضمن تغيير سوابق السلوك المستهدف، مثل إزالة أو تجنب السوابق المماثلة والتي تظهر للعيان وبشكل نمطي في العلاجات الخاصة بالاضطرابات المتعلقة بتعاطي المخدرات والتي يطلب فيها من المتعاطين تجنب الأشخاص، والأماكن والمحفزات التي لها علاقة بالمخدرات. كما قد يستخدم أيضًا عندما تكون السيكولوجيات التي تلحق الأذى بالذات تحت سيطرة محفزات معينة لها سوابق في هذا الشأن. وعندما لا يكون من المستطاع تجنب سابقة محفزة معينة وذلك بشكل تام، يجب استخدام استراتيجية أخرى لتعديل هذا الوضع. وعلى سبيل المثال، فإن مدمني الخمر الذين تعافوا قد لا يكونون قادرين تمامًا على تجنب أقرانهم الذين كانوا يعاقرون الخمر معهم سابقًا، وفي هذه الحالة، قد يُطلب من الأقران (السوابق) أن يمتنعوا عن تشجيع الشخص الذي تعافى وتوقف عن معاقرة الخمر. وثمة استراتيجية أخرى تتضمن سوابق حدثت في الماضي، وهي استخدام مؤثرات محفزة لتشجيع السلوكيات التي تم التكيف معها مثل "بطاقات التعامل" لتذكير العملاء لكي ينخرطوا في سلوكيات معينة. وفي تدريب التمييز، يتم تدعيم السلوكيات في محفزات معينة، ولكن ليس في مواقف أخرى، وعلى ذلك يتعلم الأفراد في أية مواقف

معينة تكون السلوكيات مناسبة (إذا دُعمت) أو غير مناسبة (إذا لم تكن قد دعمت). وكمثال على ذلك، فإنه في سياق نوبات القلق، فإن أسلوب السلوك نحو المواقف التي لا تتسم بالخطورة (على سبيل المثال، سير الإنسان بمفرده أثناء النهار في متنزه آمن) سوف يتم تدعيمه في حين أن التعامل مع المواقف الخطيرة حقًا (على سبيل المثال، سير الشخص ليلاً في منطقة تنتشر فيها الجرائم العنيفة) لن تدعم. وتدريب التمييز يمكن تطبيقه على الحالات العاطفية أيضًا، مثل تعلم التمييز بدقة بين التوتر والاسترخاء، أو الغضب والقلق. وثمة استراتيجية أخرى وهي ترتيب عمليات راسخة حتى التي تغير قيمة عمليات الدعم فيما تحدث عندما يقلل العقار المخدر ميثادون من قيمة دعم استخدام الهيروين (وذلك بمنح الجرعة العالية من الهيروين) أو عندما تخصص قواعد تناول الطعام من أربع إلى ست مرات في اليوم من قيمة دعم المرح الصاخب. وعلى غرار ذلك، فإن علاج الإشباع يتضمن التقديم المفرط للتدعيمات التي من المفترض أنها بدورها سوف تقلل من قيمتها. وعلى سبيل المثال، في بعض الأحيان تتضمن برامج الكف عن التدخين فترة من التدخين المفرط لتقليل قيمة دعم النيكوتين.

وثمة مجموعة مباديء لإدارة السلوك المحتمل تتضمن تغيير عواقب هذاالسلوك. أما النتائج وتطبق إما لزيادة احتمال سلوك مرغوب فيه يحدث ثانيةً في المستقبل (تدعيمات) أو تقليل احتمال حدوث لسلوكيات غير مرغوب فيها فيها مستقبلاً (معاقبات)، مع تذكر العوامل السابق وصفها على أنها مؤثرة، مثل العجالة، والحجم، والنتيجة الطارئة. ومثال لتطبيق تدعيم إيجابي هو أن تمتدح طفلاً يتقدم بشجاعة لموقف يثير القلق. والتدخل الذي قُصد به أن يقلل من سلوك مستهدف قد يتضمن المحو، أو إزالة مدعمات سبق لها أن حافظت على هذا السلوك. ومثال على ذلك إزالة الاهتمام الابوي من سلوك المقاومة الذي يبديه الطفل. وبديلاً عن ذلك، يمكن استخدام المعاقبات مثل المعاقبات السلبية في شكل تكلفة الاستجابة (على

سبيل المثال، وقت مستقطع لسلوك المعارضة لدى الأطفال) أو المعاقبات الإيجابية مثلما يحدث في إجراءات فرض الحساسية بشكل سري (Cautela, 1967). وفي هذه الحالات الأخيرة يُجمع بين سلوك غير مرغوب فيه في الخيال مع حالات مقيتة، مثل الجمع بين تعاطي الخمور والغثيان والقيء. واختفاء الحساسية بشكل سري يتضمن أيضًا دعمًا سلبيًّا في شكل التخلص من الحالة المقيتة باعتبارها سلوكًا غير مرغوب فيه يجب استبداله بسلوك مرغوب فيه.

ولكي ينجح التعامل مع الأمور الطارئة، يجب أن يزيد دعم السلوكيات التي تم التكيف معها عن دعم السلوكيات الخاطئة التي تم التكيف معها... وهكذا، فإنه إذا كان دعم معاقرة الكحول أكثر قوة وفورية من الانخراط في سلوكيات لا تتضمن المحول، مثل التدريب، أو أية أشكال أخرى من الاستجمام الاجتماعي، فإن الإنسان في هذه الحالة سيخصص مزيدًا من الوقت والطاقة لمعاقرة الخمر. ومن الجلي أن التكيف معه أكثر تأثيرًا من الدعم الذي يقدم للسلوك السيئ الذي تم تبنيه.

وكما أوضح Farmer and Chapman (2008): "الافتراض الأساسي الذي تقوم عليه التدخلات للتعامل مع الحالات الطارئة هو أن السلوك المستهدف الذي نحن بصدده يكون تحت تأثير العمل المباشر البيئي أو السوابق المماثلة أو النتائج المترتبة على ذلك" (p.108). وإجراء إدارة الأزمة الطارئة ليست فعالة مع السلوك الذي يخضع للقواعد، أو السلوك الذي لا يخضع لتحكم السوابق أو النتائج البيئية الماضية، بل عوضًا عن ذلك تتحكم فيه القواعد. ويقدم فارمر وتشابمان مثل الشخص الذي يعاني من فقد الشهوة إلى الطعام، والذي يحد من تناول الطعام على أساس قاعدة تقول: "إن عدم تناول الطعام يفقدني بعضًا من الوزن، فأصبح أكثر جاذبية لدى الآخرين". ويُستشف من هذه القاعدة أن النحافة مرتبطة بعدد من التدعيمات الاجتماعية

المختلفة. ومع ذلك، قد تتعارض هذه القاعدة مع نماذج الدعم الاجتماعي الحقيقية، بالنظر إلى أن آخرين (أخريات) قد لا ينظرون إلى النحافة على أنها أكثر جاذبية. وعلى ذلك، فإن اللجوء إلى تقييد تناول الطعام يصبح بالأكثر سلوكًا يخضع لقاعدة. وفي هذه الحالة، فإن التدخلات السلوكية الطارئة لن تكون مفيدةً، والتحديات المباشرة للقاعدة الحاكمة ستكون أكثر مناسبةً.

وثمة افتراض آخر لبرامج السلوكيات الطارئة هو أن الشخص يكون لديه السلوك المستهدف في ذاكرته (ذاكرتها) وعلى سبيل المثال، إذا كان السلوك المستهدف هو رفض ضغط قرينه بالنسبة لتناول المخدرات، وكان هذا الشخص يفتقر إلى مهارات التوصل الجازم، هنا، لن يكون هناك نتيجة تُذكر فيما يتعلق بالاتكال على تغييرات بالنسبة لناحيتي الدعم والعقاب للسلوك المرغوب فيه. وعوضًا عن ذلك، تُستخدم مباديء أخرى لإيجاد سلوكيات جديدة للناحية الجازمة مثل رد يعتمد على تشكيل وبناء المهارات. وتشكيل الرد يُوضع لكي يطور مهارات سلوكية من خلال التقريب المتتابع للغاية المقصودة مع دعم لكل تقدير تقريبي طوال الطريق. وعلى سبيل المثال، فإنه في العلاج بالتغذية الارتجاعية البيولوجية للصداع، يتعلم الناس أن يخففوا من توتر عضلاتهم. وفي كل مرة يتم فيها تخفيض توتر العضلة. وبمرور الوقت، فإن الكمية التي يجب أن تقل بها توتر العضلة لكي تدعم تزداد بشكل متدرج (أي، بمعدل تقريبي متتابع). وثمة نموذج آخر للتشكيل يتمثل في تدريب مهارات التوصيل في سياق اضطرابات قاسية متطورة، وتقدم التدعيمات الإيجابية أولاً بالنسبة لأية نواحي لفظية، يتبعها تدعيم للفظ الكلمة، ثم سلسلة من الكلمات، وهكذا دواليك حتى يطبق الدعم على عبارة بكاملها. وبتعبير آخر، يتضمن التشكيل تحطيم السلوك إلى مكوناته. والدعم يقدم أثناء أداء العميل السلوك المبدئي، وما أن يتم ترسيخ سلوك ما، هنا يتوقف الدعم إلى أن يؤدي العميل السلوك التالي وبحسب التعاقب المحدد.

وعندما يصبح في الإمكان أداء سلوك معين في وضع ما، ولكن بالنسبة لآخر، هناك يكون التدريب على المهارات أقل مما ينبغي، وعوضًا عن ذلك، يجب أني يولى الاهتمام إلى تعميم الاستجابة. ومثال على ذلك، قد تكون القدرة على القول: "لا" للطلبات غير المعقولة من أعضاء العائلة، ولكن ليس من الأصدقاء. وفي هذه الحالة، قد يُستخدم التعليم، والقيام بالدور لمساعدة العملاء على أداء السلوك في سياقات مختلفة.

دور المتغيرات المعرفية في التكيف الذرائعي

في النظريات الذرائعية، يمكن النظر إلى التفكير على أنه شكل من أشكال السلوك، وعلى ذلك، يمكنه أن يؤدي وظائف عديدة. فالأفكار قد تعمل كمحفزات مميزة للسلوكيات، مثلما يكون الحال بالنسبة للأفكار المتعلقة بمخاطر القيادة والتي قد تؤدي إلى تجنب القيادة. ويمكن أن تستخدم الأفكار لترسيخ العمليات التي تغير العواقب المنتظرة لسلوك ما، مثلما يؤدي الفكر القائل: "إني إذا شربت الخمر، سأشعر بتحسن"، إلى زيادة معاقرة الخمر. كما أنه يمكن للأفكار أيضًا كعامل دعم أو عقاب، مثلما تؤدي الأفكار الإيجابية عن نجاح المرء، أو الأفكار السلبية عن فشله من وضع معين. كما أن الأفكار يمكن أن تعمل كقواعد تحكم السلوك، وفي كافة هذه الحالات، يُنظر إلى الأفكار في إطار عملها وليس في إطارمضمونها.

وعلاوة على ذلك، وكما هو الحال في التكيف التقليدي، نجد أن النماذج الآلية الأولى لوضع النظريات، قد استُبدلت بنماذج التوقع والتي يتوقع فيها من عملية التكيف أن تؤدي إلى تكوين تمثيل للعلاقة بين الاستجابة والنتيجة. بمعنى أن أوضاع التعلم الذرائعي (المؤثر) تنتج توقعات بأن سلوكيات معينة سوف تعطي نتائج معينة (انظر Kirsch et al., 2004). وكما هو الحال بالنسبة للتكيف التقليدي، تُوجد بعض الأدلة بان التوقعات الواضحة قد تؤدي إلى تكيف فعال.

وعلى سبيل المثال، فإن مجرد إخطار المشاركين عن احتمال حدوث استجابة—داعمة يمكن أن يتولد عنها تعلم ذرائعي، كما أن العلم بأن الظرف الطاريء لم يعد موجودًا، يؤدي إلى المحو. وفضلاً عن ذلك، فإن الانتقاص من قيمة الدعم يقلل من الاستجابة الفعالة لأن التحفيز للنتيجة من المحتمل أن يكون قد قل —وعلى صعيد آخر، يبدو أنه توجد بعض المناسبات يحدث التكيف الذرائعي فيها ويستمر دون وساطة معرفية واضحة. وعلى سبيل المثال، نجد أن التقليل من قيمة الدعم لا يكون له تأثير (انظر Kirsch et al., 2004). وعلى ذلك فإن العمليات المعرفية الآلية وكذلك الواضحة قد تكون أساس التكيف الذرائعي.

وعلى الرغم من ذلك، تتيح معرفة دور التوقعات في التكيف الذرائعي حالة من الاندماج بين نظرية التعلم الذرائعي ونظرية المعرفة. وتوقع الدعم الإيجابي والقيمة الملموسة لهذا الدعم—وعلى غرار ذلك توقع العقوبة وقيمتها المحسوسة تقدم أيضًا تغيرات في الاختلاف الشخصي يسهم في إمكانية فعالية الدعم والعقاب. وعلى سبيل المثال، حالة الاكتئاب والتحفيز المنخفض للاستجابة بوجه عام قد تكون—في جزء منها—بسبب التوقع المتدني للدعم. وعلى غرار ذلك، نجد أن الميل إلى الإقلال من قيمة الدعم المتلقي (على سبيل المثال، تجاهل تحية باعتبار أنها "زائفة" قد يسهم في العجز السلوكي للاكتئاب. وعلى النقيض من ذلك، قد يرجع السلوك المضاد للمجتمع في جزء منه إلى التوقع المنخفض للعقوبة و/ أو القيمة المتدنية للعقوبة التي وقعت (على سبيل المثال، عدم المبالاة بتهديد الألم الناجم عن مواجهة بدنية). وبناءً على ذلك، يمكن إدماج الوسائل المعرفية في إجراءات السلوك الذرائعي، وذلك لتعزيز قيمة النتائج التي استُخدمت لتعديل السلوك. وعلى سبيل المثال، فإن العلاج المعرفي الذي يعزز التوقع و/ أو قيمة الدعم الإيجابي يمكن الجمع بينه وبين التدريبات السلوكية التي وُضعت لزيادة الدعم الإيجابية، سواء كانت تدريبًا، أو تفاعلاً اجتماعيًا، أو أداء عمل.

نظرية التعلم الاجتماعي: نظرية الكفاءة الذاتية

نظرية التعلم الاجتماعي اقترحها لأول مرة Rotter (1954) ولكنها اكتسبت مزيدًا من الرواج على يد Bandura (1969) والذي كان بحثه عن التعلم بالملاحظة—وتعلم السلوكيات من خلال ملاحظة الآخرين وهم يصيغون هذه السلوكيات— تشير إلى دور متغيرات المعرفة على أنها مؤثرات قوية للسلوك. وكان من رأي بندورا أن التحفيز، وهو محدد أولي لتنشيط السلوك واستمراريته يتأثر بعمليات معرفية خاصة بتمثيل النتائج المستقبلية في الفكر، ووضع الهدف وتقييم الذات.؟ وعلى ذلك، أسهم عمل بندورا للنقلة النموذجية من أنماط آلية محضة للتعلم، إلى أنماط تعيلم أكثر معرفية، الأمر الذي يتمشى مع مفهوم .Tolman (1948) and Rescorla (1968)

وثمة وسيط معرفي واضح تعرف عليه بندورا يتمثل في الكفاءة الذاتية، أو "الاقتناع أن المرء بوسعه أن ينفذ بنجاح السلوك المطلوب لإنتاج نتيجة ما" (Bandura, 1977، p. 193). وتعبير "الفاعلية (أو الكفاءة) الذاتية" يختلف عن المصطلح الأكثر عمومية "الثقة الذاتية"، لأن الفاعلية الذاتية هي معتقد متعلق بوضع معين، من ناحية قدرته على تنفيذ عمل معين، مثل القدرة على التقدم من شيء يخشى منه في إطار ظروف معينة. والفعالية الذاتية تختلف أيضًا من الناحية النظرية عن نتيجة التوقعات، والتي تشير إلى الاحتمال المتوقع للأحداث وتكافئها. ونتيجة التوقعات هي أنماط التوقعات المفترض أن تعمل في إطار عملية تكيف تقليدية وذرائعية. وهكذا، كان مفهوم بندورا للفاعلية الذاتية يشكل إضافة جديدة لنظرية التوقع—التعلم.

وفي نموذج متبادل لمذهب الحتمية يُقال إن توقعات الفعالية الذاتية تؤثر في اختيار السلوكيات وتحديد درجة الجهد الذي بُذل، والإصرار، في مواجهة عقبات، أو اختبارات مقيتة. وبتعبير آخر، يُعتقد أن

الفعالية الذاتية تؤثر في التعامل مع الأوضاع الصعبة. ويقال أيضًا إن الفاعلية الذاتية تسهم في الأفكار، وردود الأفعال العاطفية. وعلى سبيل المثال، يفترض أن ضعف الفعالية الذاتية يسهم في التنبير المبالغ فيه على النقائص الشخصية، والتي بدورها تخلق ضغطا وتفسد الاداء وذلك لأنها تقلل من التركيز على العمل الذي يقوم به المرء.

وتعتبر المهارات والمحفزات محددات ضرورية إضافية للعمل والتي تؤثر وبشكل متبادل في الفعالية الذاتية. وعلى سبيل المثال، نجد أن المحفزات الإيجابية تدعم إنجازات الأداء والتي ترفع الفعالية الذاتية، على غرار ما تفعله المعرفة والمهارات. ثم إن الإقناع اللفظي، والاختبار النيابي، والإثارة الفسيولوجية يُفترض أنها أيضًا تؤثر في الفعالية الذاتية. وعلى الرغم من ذلك، فإن أقوى تأثير على الفعالية الذاتية من المعتقد أنه يُستمد من إنجاز الأداء، لأنه يقدم أقوى الأدلة على الإنجاز الشخصي والمهارات. وعلى الرغم من ذلك، ففي إطار نموذج إصرار متبادل، يمكن للعوامل المعرفية أن تخفف من نتائج نجاح الاداء، مثلما يحدث، عندما يُنسب النجاح لعوامل خارجية في مواجهة الذات.

مباديء العلاج

اقترح Bandura (1977) أن المكاسب العلاجية يمكن عزوها إلى إعلاء شأن مفاهيم الفعالية الذاتية وتقويتها. وبالنظر إلى أن إنجاز الأداء في حد ذاته اعتُبر أكثر المصادر قوة لزيادة الفعالية الذاتية، لذلك طبق نموذجه الخاص بالتغيير العلاجي في معظم الأحيان على العلاجات السلوكية (على سبيل المثال، Bandura, 1988)، وذلك بدلاً من العلاج المعرفي. والواقع أن نظرية الفعالية الذاتية أرشدت إلى نهج معين لعلاج التعريض للاضطرابات الخاصة بالقلق والتي يُطلق عليه "سيادة العلاج القائم على التعرض". (Williams & Zane, 1989).

نظرية التقييم المعرفي

الافتراض الأساسي للعلاج المعرفي هو أن التفكير المشوه والذي يتسم باختلال وظيفي هو العامل الحاسم للحالة المزاجية والسلوك. وهكذا، فقد افترُض أن تأثير الأحداث البيئية توضحه التفسيرات التي أعطيت لها. وقد أعطيت تأكيدات متباينة لدور البيئة: وعلى سبيل المثال، فإن التركيبيين، ينظرون إلى البيئة التي أُقيمت على أساس معرفي على أنها أكثر من البيئة المادية تأثيرًا على العاطفة والسلوك. ولكن آخرين يعطون البيئة المادية المزيد من المساواة مع تقييمات النفس أو البيئة. وعلى ذلك، تفترض كافة النظريات المعرفية أن التفكير المشوه أمر شائع في كافة الاضطرابات النفسية. وكل اضطراب، أو كل شخص يتسم بمجموعة من التشوهات المعينة، وبمعتقدات جوهرية أساسية. وهكذا فإن نهجًا للمعرفة تم اتخاذه ليؤكد المعتقدات والتقييمات المذكورة. وقد تم استعراض نظريتين رئيسيتين للمعرفة، وذلك في القسم التالي: السلوك المدفوع بالعقل (Ellis) ونظرية المعرفة (Beck).

إيليس ونظرية السلوك المدفوع بالعقل

إن إيليس—على غرار بيك—قد تدرب أساسًا على التحليل النفسي، ولكنهما أصبحا غير راضيين على عدم كفاءة ذلك النهج. أما نهجه فقد كان قائمًا على فلسفة أبيفتيس الرواقية القديمة وما شابهها، وهو الذي قال إن الحقائق لا تزعج الناس، بل إن الناس بالأحرى هم الذين يزعجون أنفسهم بنتيجة الرأي القائل إنهم قبلوا هذه الحقائق. وكان Ellis (1962) يعتقد أن ردود الفعل العاطفية جاءت وليدة "عبارات داخلية| أو أفكار، وأن الاستجابات التي أسيئ تكييفها تعكس العبارات الداخلية بعد أن تصبح غير مميزة وتتولد عنها مواقف وُصفت بأنها غير طبيعية. وهكذا، فإن ردة الفعل العاطفية قد تكون مناسبة

للعنوان الذي قيل عن الوضع، ثم إن العنوان نفسه قد لا يكون صحيحًا. وعلى سبيل المثال، فقد يُوصف وضع ما بأنه خطير، وفي هذه الحالة، تكون الاستجابة التي تتسم بالخوف أمرًا مناسبًا، ومع ذلك، فإن الوضع في الحقيقة ليس خطيرًا، وعلى ذلك، فإن الوصف لا يكون مناسبًا. وكان اقتراح Ellis (1962) أن وصف الأوضاع على هذا النحو ناجم عن مجموعة من الأفكار التي تُعد غير عادية، بمعنى أنه ليس من المحتمل أن تلقى دعمًا أو تأكيدًا بواسطة البيئة، وأنها تؤدي إلى عواطف سلبية غير مناسبة في مواجهة الصعوبة. ثم إن الأفكار غير العادية، فإنها بدورها يُفترض أنها وليدة اختيارات متنوعة لإضفاء الصبغة الاجتماعية.

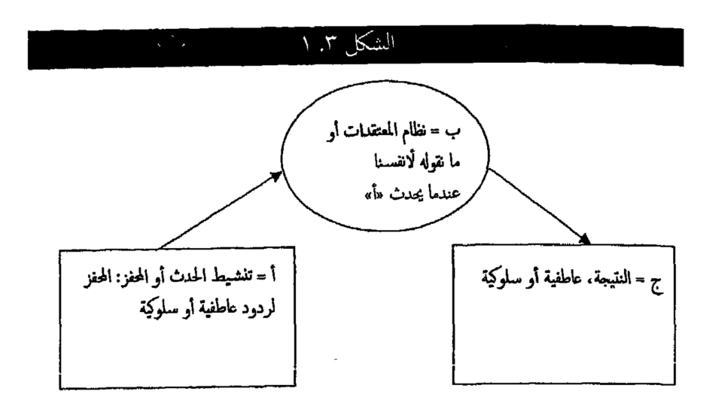
ثم إن المعتقدات العادية، أو المعتقدات التي تعزز العيش والسعادة من المحتمل أن تجد دعمًا تجريبيًا في البيئة، تؤدي إلى استجابات عاطفية وسلوكية مناسبة بالنسبة للخسائر والصعوبات.

وقد اقترح Ellis نموذجًا "أ ب ج" للعمل والإزعاج النفسي، يتم فيه اختيار تنشيط الأحداث غير المرغوب فيها (أ)، والتي توجد بالنسبة لها معتقدات عادية وغير عادية (ب)، كما توجد معتقدات يتولد عنها نتائج سلوكية وعاطفية مناسبة (ج) حيث توجد المعتقدات غير العادية عواقب اختلال وظيفي غير مناسب (ج). وهذا النموذج يمثله الشكل رقم 3-1.

وهكذا، فإن تنشيط الأحداث (أ) لا يسبب نتائج سلوكية وعاطفية بشكل مباشر (ج)، وبدلاً من ذلك، نجد أن المعتقدات (ب) المتعلقة بهذه الأحداث هي أكثر الأسباب حسمًا في نتائجها. وبحسب ما ذكره Ellis (2003) فقد صنَّف المعتقدات التي وُصفت بأنها غير معقولة على اعتبار أنها صارمة ومتطرفة، لا تتناغم مع الحقيقة الاجتماعية، بل هي غير منطقية أو مستنكرة، كثيرة المطالب وعبارات تُستهل بكلمة "يجب"، وهي تثير الخوف والرعب (أي: تسبب الكوارث)، وتنتقص من قدر قيمة الإنسان. وهي تمثل افتراضات كامنة تضعف الكيفية التي يحكم فيها الافراد على انفسهم، وهم يصبحون آليين، ويبدو أنهم

مسلوبو الإرادة نتيجة التعلم المفرط من خلال الاستعمال المتكرر.

الشكل ٣. ١



بيك ونظرية المعرفة

وعلى غرار ذلك، قال Beck (1976) إن كثيراً من المحن العاطفية تعود إلى طرق للتفكير جامدة ومثيرة للجدل. وبناءً على ذلك، وحتى إذا استخلص الأفراد تدعيمًا إيجابيًّا من البيئة، فإن التحيزات المعرفية ستمنعهم من الاستفادة عاطفيًّا من التدعيم[٣]. كما أن المعتقدات السلبية يتم صياغتها في فرضيات لكي تتدخل مع السلوكيات والتي بدورها تحدث تدعيمًا إيجابيًا و/ أو تولد سلوكيات تؤدي إلى نتائج سلبية. وهذا واضح للغاية في الاكتئاب، حيث - وعلى سبيل المثال - قد تؤدي الأفكار السلبية عن الذات إلى التحدث عن الذات بطريقة سلبية مع الآخرين. وهذا الحديث السلبي عن الذات قد يختبره آخرون على أنه أمر مقيت، وعلى ذلك، يتجنبون المتكلم عن المستقبل. وبعدئذ نجد أن العزلة الاجتماعية الناجمة عن ذلك تسهم في المزيد من الاكتئاب، غير أن المهم هو أن العزلة تنجم في المقام الأول نتيجة تفكير سلبي. وقد صيغت المعتقدات في صورة فرضيات لتُستخلص من الميول الجينية، وتصبح أسلوباً معرفيًّا عن طريق مقدمي العناية

3. ومما يجدر ذكره التداخل بين نظرية المعرفة ونماذج التعلم الذرائعي القائمة على التوقع.

الأولية، وأحداث الحياة المعاكسة.

الجدول رقم 3-1

معتقدات إيليس غير المعقولة

1. الفكرة القائلة إنها حاجة ماسة للكبار (البالغين) أن يكونوا موضع حب أشخاص آخرين لهم أهميتهم، وذلك تقريبًا بالنسبة لكل شيء يعملونه—بدلا من التركيز على احترام ذواتهم، وكسب قبولهم لأغراض عملية، وعلى محبتهم للآخرين وليس على محبة الآخرين لهم.
2. فكرة أن بعض الأعمال مخيفة وشريرة، وأن الناس الذين يقومون بمثل هذه الأعمال يجب إدانتهم بقسوة—بدلاً من فكرة أن الأعمال تهزم نفسها بنفسها، أو أنها ضد المجتمع، وأن الناس الذين يقومون بهذه الأعمال يتصرفون بغباء، وجهل، أو بعصبية، ومن الأفضل لهم أن تقدم لهم المساعدة على أن يتغيروا. وسلوك الناس السيئ لا يجعل منهم أناسًا فاسدين.
3. فكرة أن الأمر يكون مريعًا عندما لا تكون الأمور على النحو الذي نريده—بدلا من الفكرة القائلة إن الأمور سيئة للغاية، وأنه من الأفضل لنا محاولة أن نتغير أو نسيطر على الأمور السيئة، حتى تصبح أكثر قبولاً، وأنه، إذا لم يكن ذلك ممكنًا، من الأفضل لنا—وبشكل مؤقت—أن نقبل بنعمة وجودها.
4. الفكرة القائلة إن البؤس البشري تسببه أمور خارجية وتفرض علينا بواسطة أناس وأحداث خارجة عنا—بدلاً من الفكرة القائلة إن الحالات العصبية تأتي—وإلى حد كبير—من الفكرة القائلة إننا نكون في حالات تتسم بسوء الحظ.
5. الفكرة القائلة إنه إذا كان هناك شيء خطير أو مخيف أو سيكون كذلك، علينا أن ننزعج للغاية وألا تكون هناك نهاية لانزعاجنا بسببها—بدلاً من الفكرة القائلة إن المرء من الأفضل له أن يواجهها بصراحة، ويجعلها غير خطيرة، وعندما لا يكون

ذلك ممكناً، علينا بقبول ما لا بد منه.

6. الفكرة القائلة إنه من الأسهل تجنب مصاعب الحياة ومسئولياتها وليس مواجهتها—بدلاً من الفكرة القائلة إنما يطلق عليها الحياة السهلة وأنها عادةً أكثر صعوبة على المدى الطويل.

7. الفكرة القائلة إننا نحتاج بلا ريب إلى شيء أكثر منا قوةً أو يفوقنا عظمةً لنتكل عليه—بدلاً من الفكرة القائلة إنه من الأفضل أن نخاطر بالتفكير وأن نتصرف على نحو مستقل.

8. الفكرة القائلة إنه يجب علينا أن نكون ذوي كفاءة عالية وذكاء عظيم، ولنا القدرة على الإنجاز في كافة النواحي الممكنة—بدلاً من الفكرة القائلة إنه من الافضل لنا أن نعمل بدلاً من أن نكون دائماً في حاجة إلى أن نحسن العمل، وأن نسلم بأننا مخلوقات ناقصة، ولهم حدودهم العامة البشرية وعيوبهم الواضحة.

9. الفكرة القائلة إنه بسبب شيء ما أثر ذات مرة بقوة على حياتنا، فإنه سيؤثر فيها بلا حدود—بدلاً من الفكرة القائلة إنه بوسعنا أن نتعلم من اختباراتنا الماضية، دون أن نتعلق بها أكثر من اللازم، أو نتأذى بسببها.

10. الفكرة القائلة إنه يتوجب علينا أن تكون لنا سيطرة معينة وتامة على الأمور—بدلاً من الفكرة القائلة إن العالم مليء بالاحتمالات والفرص وأنه بوسعنا مع ذلك أن نتمتع بالحياة.

11. الفكرة القائلة إن سعادة الإنسان تحقق بالكسل والجمود—بدلاً من الفكرة التي تقول إننا نميل إلى أن نكون في أسعد حال عندما ننهمك بقوة في أعمال خلاقة، أو عندما نكرس أنفسنا لأناس أو مشروعات خارج أنفسنا.

12. الفكرة القائلة إنه ليس لنا في الواقع سيطرة على عواطفنا ولا يمكننا أن نمنع أنفسنا من الشعور بالانزعاج بخصوص أمور معينة—بدلا من الفكرة القائلة إنه ستكون لدينا سيطرة حقيقية على عواطفنا المدمرة إذا ما اخترنا أن نعمل من أجل تغيير الافتراضات التي تتضمن عبارات تبدأ بكلمة "يجب"

والتي كثيراً ما نستخدمها في هذه الافتراضات.

ثم إنه من المعتقد أن الأفكار السلبية تظل قائمة إلى أن يتم تنشيطها بمجالات مزاجية سلبية، أو الأحداث التي تمثل ضغوطًا صعبة للحياة، وعلى وجه الخصوص تلك التي تتناغم مع مضمون المعتقدات السلبية.

ولقد تطور نهج بيك وبدرجة كبيرة بمرور الزمن. والواقع أنه من بين الانتقادات التي وجهت إليه طبيعته المتغيرة، من ناحية أن العبارات تُستبدل بعبارات جديدة، أو تستخدم نفس العبارات لتعكس مفاهيم مختلفة. وفي أحدث صيغة، يستخدم نموذجًا لمعالجة المعلومات قائمًا على أساس الكمبيوتر.

> وبكل بساطة يشترط النموذج المعرفي لعلم الأمراض النفسية أن تتم معالجة الأحداث الخارجية أو المحفزات الداخلية في إطار من الانحياز، وعلى ذلك، فإنها وبشكل نظامي تشوه بنية اختبارات الشخص (رجلا كان أو امرأة)، وتؤدي إلى مجموعة من الأخطاء المعرفية (على سبيل المثال، الإفراط في التعليم، الانتقائية في الأفكار، وفرض السمة الشخصية). وتأتي هذه التفسيرات المشوهة نتيجة معتقدات تتسم باختلال وظيفي، يتم إدماجها في تركيبات أو برامج ثابتة نسبيًا. وعندما تنشط هذه البراج بواسطة أحداث خارجية، مخدرات، أو عوامل صماء، فإنها تميل إلى جعل معالجة المعلومات عملية منحازة وتنتج المضمون المعرفي النمطي لفوضى معينة (2005, p. 953).

ولقد وضع Clark, Beck, and Alford (1999) أحد عشر افتراضًا أساسيًا من نموذج بيك الخاص بمعالجة المعلومات المعرفية.

1. القدرة على تكوين تقييمات معرفية عن الذات والبيئة، يُعد أمرًا أساسيًا للتكيف الإنساني والبقاء أما العبارات الأخرى التي استُحسنت بالتبادل مع نماذج معرفية فهي تركيبات وبرامج أخرى لها

مغزاها (والتعبير الأخير استُخدم هنا). والخطة وضعت بحيث تعطي مفهوم النموذج الداخلي للذات والعالم، وهو النموذج الذي استخدم لفهم المعلومات وتشفيرها وتذكرها. وكانت الخطط مواتية لدرجة أنها كانت تسهل معالجة قدر هائل من المعلومات التي تقابلنا في الحياة اليومية. وعلى الرغم من ذلك، وكما كان يذكر علماء النفس الاجتماعي والمعرفي لبعض الوقت، بأن الحاجة إلى الفعالية تؤدي إلى تحيزات طبيعية من ناحية تشفير المعلومات واسترجاعها، الأمر الذي يتناغم مع الخطة على حساب المعلومات غير المتناغمة. ويعتقد أن هذه التحيزات قد أسهمت في وجود مثل هذه الخطط بشكل يتسم بالبقاء على مدى الزمن.

2. التعامل مع المعلومات يُفترض أن يحدث على مستويات مختلفة من الوعي، أو قبل الشعور بالوعي Preconscious، وبدون قصد، أو بشكل آلي وصولاً إلى مستوى واع يتسم بالجهد الجهيد والوعي الواضح. والتقييمات الواعية في العلاج المعرفي كان يُنظر إليها على أنها نقطة بيانات صحيحة.

3. ثمة وظيفة أساسية لمعالجة المعلومات وهي التركيب الشخصي للحقيقة، كما قدمت في الخطة، غير أنه، على النقيض من أسلوب المفسرين، الذي ينكر الحقيقة الموضوعية. ونظرية المعرفة والعلاج لبيك تسهم بوجود مزدوج يتضمن حقيقة موضوعية، وحقيقة شخصية، وظاهرة.

4. سير المعلومات يُعد بمثابة مبدأ هادٍ للمكونات العاطفية، والسلوكية، والنفسية للخبرة الإنسانية. ثم إن هذه الحالة المؤثرة والفوضى السيكولوجية، كان لها صورتها المعرفية الواضحة الخاصة بها (أي ذات مضمون معرفي خاص)، ثم إن المضمون المعرفي يحدد نمط الاختبار العاطفي، أو الاضطراب النفسي الذي تم اختباره. وهكذا، نجد أن الاكتئاب والحزن يتضمنان تقييمات للخسارة والفشل،

وتتضمن السعادة أفكارًا عن برع شخصي، وقلق، ويتضمن الخوف تقييمًا للتهديدات أو الخطر، أما الغضب فيتضمن تقييمات للاعتداء أو العدوان على المجال الشخصي للمرء. وعلاوة على ذلك، نجد أن بعض الخطط جوهرية من ناحية أنها تنتمي للمعنى الأساسي للهوية أو الذت، في حين أن الأخرى ثانوية. وعلى سبيل المثال، نجد أن اللحظة الجوهرية في الاكتئاب تنتمي إلى قيمة الذات كما حُدِّدت، إما بواسطة علاقات بين الأشخاص (sociotropy)، أوإنجاز ذاتي، والأفراد الذين لهم علاقات سيكون من المحتمل بالأكثر أن يعانوا من الاكتئاب في مواقف الرفض بين الأفراد، في حين أن من يشددون على الإنجاز الشخصي سيكونون أكثر ملاءمة منه لأشخاص لهم موقع عال في إطار من الاستقلال. والخطط الجوهرية تتأثر بدرجة هائلة، ليس بسبب التشويهات في عملية معالجة المعلومات، والافتقار إلى الانتباه إلى المعلومات التي لها قوة غير تأكيدية فقط، ولكن بواسطة السلوكيات التي تؤكد الخطط أيضًا، وكمثال على ذلك، فإن السلوك بالنسبة للشخص الذي خطته هي أن يكون غير محبوب، قد تأخذ شكل الاحتياج، وهذا الاحتياج، قد يبعد عنه الآخرين، الأمر الذي بدوره يؤكد خطة كون المرء غير محبوب.

5. العمل المعرفي تكون من تفاعل مستمر بين أمر—أدنى، وعمليات دفع محفزة، مع عمليات معرفية من مرتبة أعلى.

وهذه أشير إليها بعبارة عمليات من أعلى ـ أسفل، ومن أسفل إلى أعلى. ويُنظر إلى عملية معالجة المعلومات على أنها نتاج معالجة نظام أعلى، ومعالجة من أعلى إلى أسفل، تتضمن التجريد والانتقاء، والعمليات الأساسية بالأكثر هي من القاع إلى أعلى لسمات محفزة محضة في البيئة. وفي الحالات غير الباثولوجية (غير المَرَضية)، تتأثر التقييمات بالسياق الموضعي من القاع إلى أعلى (بمعنى: بيانات تجريدية) وكذلك باستنتاجات من أعلى لأسفل، ونظام أعلى. وقد

جاء علم الأمراض النفسية بواسطة معلومات ذات علاقة بأن يصبح الاضطراب النفسي في حالة يمكن الوصول إليها بدرجة أعلى بسبب الخطط السائدة التي تم تكييفها بشكل سيء. وتتولد عن هذه الخطط تأثيرات شديدة من أعلى لأسفل تتسم بالتجريد والوضوح بالنسبة للمعلومات. وعلى ذلك، فإن الخطط التي تتسم بالاختلال الوظيفي من المحتمل أن تؤدي إلى أفكار آلية ذات اختلال وظيفي، أو معارف سطحية المستوى. وتُوصف هذه الأفكار بأنها آلية، لأنها دائمًا سطحية ولا يلاحظها أحد ولا تكون بالضرورة واعية تمامًا. ولقد افترض بيك أن هذه التقييمات أدت مباشرة إلى استجابات عاطفية وسلوكية. وعلى ذلك، فإن خطة كون المرء غير محبوب قد تحمل المرء على تقييم سلوك شريكته على أنه علامة على عدم الاهتمام—مع أن الواقع هو أن الشريكة مشغولة بأمورها—الامر الذي يؤدي بالمرء إلى الشعور بالحزن ويصبح أكثر انطواءً على نفسه.

وهذه التقييمات الآلية الوضعية تنجم عن تشويه معرفي في معالجة المعلومات. وتوفر التشويهات المعرفية جسرًا بين الأفكار الآلية والخطط. وهذا يعني أن التشويهات المعرفية لمعلومات جديدة أو غامضة تميل إلى أن تأتي وليدة خطط، وبعد ذلك تؤدي إلى أن يصبح من الممكن الوصول إلى الأفكار الآلية في الوعي. ونجد في الجدول رقم 3-2 نماذج من هذه التشويهات.

6. والخطط في أفضل حالاتها ما هي إلا تقدير تقريبي من الخبرة، من ناحية إن كانت عمليات معالجة المعلومات تقدم على أساس فردي، وعلى ذلك، فهي تقديم متحيز للحقيقة.

وما يميز المعرفة بين الحالات المشوهة والحالات غير المشوهة هو درجة تأثير الأولى بواسطة سيطرة خطط تتسم بالاختلال الوظيفي.

جدول رقم 3-2

تشوهات معرفية شائعة

العنوان	الوصف	أحد الأمثلة
التفكير المزدوج	لا يبالي إلا بالامور المفرطة	إني فاشل تمامًا
الإفرط في التعميم	مثل واحد يعتبره مؤشرًا لنوعية أوسع	لأني لم أُدعَ للحفل، فعلى ذلك لن أُدعى لأية حفلات أخرى
الانتقائي التجريدي	يهتم بنواح معينة من الوضع عادةً ما تكون سلبية على حساب نواح أخرى	الشخص الجالس في الخلف لم يبد اهتمامًا بما كنت أقوله
قراءة الفكر	افتراض مواقف أو أعمال للآخرين تُفترض دون دليل	من الواضح أنها تعتقد أني لا أعرف ما أفعل
الشخصنة	يفترض أن عملاً ما يُعمل أو يوجه له وبسببه	لا يريد أن يراني ولذلك ابتعد
عبارات يتصدرها الفعل "يجب".	أوامر مطلقة	يجب أن أكون ذكيًا لماحًا في كل وقت
متشائم يتوقع النكبات	يتوقع نتائج سلبية للغاية دون دليل	لم يتصل بي زوجي.. ربما مات
يهوّن من الأمور	يقلل من أهمية نتائج إيجابية	يقولون إنهم أحبوا طعام العشاء من باب الشفقة عليّ فحسب

7. توضع الخطط من خلال تفاعلات متكررة بين البيئة والخطط الاولية الفطرية. بمعنى أنها تُوضع عن طريق زيادة التوضيح والارتباطات من خطط أخرى، وتلك الخطط التي تم تفعيلها كثيراً ما تصبح أكثر وضوحًا ومن ثم أكثر بروزًا بين كافة الخطط الأخرى. وعلى سبيل المثال، كلما زاد تنشيط الخطة القائلة بأن الشخص غير محبوب، زاد احتمال سيادة فكرة أنه غير محبوب. على التفسيرات

الخاصة بالأوضاع الجارية. وعلاوة على ذلك، وضع الخطة يتأثر إلى جانب ذلك بالميول الوراثية أو الحيوية (الجينية أو البيولوجية).

8. تنظم الخطط على مستويات مختلفة. والمستوى الأساسي الغالب هو الخطط الفردية. وعلى ذلك تتجمع الخطط الفردية معًا لتشكل نقاط التقاء، أو التمثيل المعرفي للاضطرابات النفسية. وعلى ذلك، تتشابك نقاط الالتقاء هذه مع هذه نقاط إلتقاء أخرى باعتبارها التمثيل المعرفي للشخصية.

9. تتسم الخطط بمستويات مختلفة من التنشيط الاستهلالي، والذي يحدث من خلال تفاعل بين العوامل المحفزة للبيئة والخطط ذات الصلة. والخطط التي يتم بالأكثر تنشيطها لها بدايات أدنى للتنشيط، وعلى ذلك، فهي السائدة بالأكثر. وتنشيط الخطط المسيطرة بالكثير من المحفزات البيئية، ومحفزات مناسبة عادية، والوصول إليها سهل، وما أن تُنشط عملية معالجة المعلومات السائدة، إلا وتقاوم عدم التنشيط.

10. هناك توجيهان عامان مقدمان، الأول يرمي إلى الأهداف الرئيسية للنظام (أي خطط الهدف منها توفير الاحتياجات الأساسية اللازمة للبقاء على الحياة)، والثانية ترمي إلى أهداف ثانوية بنَّاءة (أو خطط لها علاقة بالحفظ، والتكاثر، والسيطرة، والاختلاط بالمجتمع). ومعظم المعالجات الأولية تحدث على مستويات آلية، أو بوعي مسبق، وتميل إلى أن تكون جامدة وغير مرنة، في حين أن المعالجة على المستوى الثانوي تتسم بمزيد من الوعي، وتتم السيطرة عليها. وفي الاضطرابات النفسية، تصبح السائدة بشكل أكثر، وتصبح الخطط البنَّاءة أقل نشاطًا.

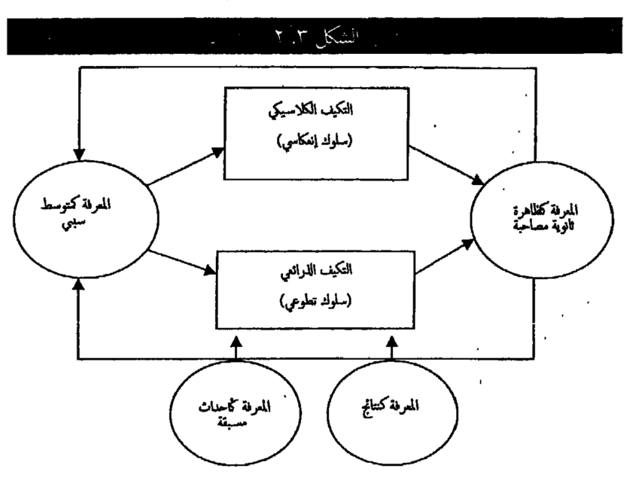
11. تتسم الاضطرابات النفسية عادةً بالنشاط المفرط لخلط أولية معينة تؤدي إلى تضييق عملية معالجة المعلومات وتنشيط غير كاف لخطط أخرى أكثر تناغمًا.

نظرية التقييم المعرفي والتوقع - نظرية التعلم

كما سبق وذكرنا، أن نماذج التكييف التقليدية والذرائعية تندمج مع معرفة في شكل نتائج خبرات من أجل احتمال وتكافؤ المحفز غير المشروط والنتائج على التوالي، مع تفكير مستمر فيما يتعلق بالحاجة إلى أن تكون التوقعات تقييمات واعية واضحة في مقابل بيانات ضمنية آلية. وعلى النقيض من ذلك، نجد أن نظرية التقييم المعرفي تكون بالضرورة من مضمون المعرفة على مستوى تقييمات واعية واضحة[٤].

ويمكن الجمع بين هذه النظريات بطرق عديدة، بما في ذلك مساهمة التكييف الذرائعي والتقليدي في وضع تقييمات واعية. وعلى سبيل المثال، الأشخاص الذين لحق بهم الاذى (أي، التكييف الكلاسيكي المقيت) من المحتمل أن تتولد فيهم معتقدات عن العالم يرونه فيها مكاناً خطيراً، أما الأشخاص الذين لم يتم تدعيمهم بشكل إيجابي لمجهوداتهم قد يوجد معتقدات سلبية عن أنفسهم أو عن العالم.

الشكل ٣. ٢



4. يعترف نموذج بيك بدور العمليات المعرفية للعقل الباطن، غير أن الهدف المباشر للعلاج المعرفي هو تقييمات معرفية واعية.

وبهذه الطريقة، يمكن النظر إلى المعارف على أنها ظواهر مصاحبة للتكيف. وما أن يتم الحصول على هذه المعلومات فإنها يمكن اعتبارها كتغذية ارتجاعية للتأثير في اختبارات التعلم التالية من أجل محفز غير مشروط و/ أو النتائج التالية، وهكذا. فالاعتقاد بأن العالم مكان خطر قد يصبح وسيطًا عاديًا في اختبارات تعلم مستقبلي، لأن هذا الاعتقاد يزيد من توقع أحداث معينة. وعلى سبيل المثال، وبعد صدور انتقاد من زميل، نجد أن التوقعات للمزيد من الانتقاد الأشد، من المحتمل أن تزيد من فرضية أن يصبح المرء متكيفًا لأن يتملكه الخوف نتيجة تفاعلات اجتماعية سلبية في المستقبل. وعلى غرار ذلك، الاعتقاد السلبي للمرء عن نفسه، والذي جاء نتيجة نقص الدعم الإيجابي، قد يصبح وسيطًا عاديًا وذلك بمساهمة في الانتقاص من دور الدعم المستقبلي، وهذا يؤدي بدوره إلى فقدان الدعم الإيجابي. وقد وُصفت هذه العلاقات المتبادلة في الشكل رقم 3-2. ويُلاحظ أن هذا الشكل لا يتضمن موضوعين مهمين: العوامل الكثيرة الأخرى الاجتماعية الثقافية والبيولوجية، ناهيك عن التكيف، الذي يسهم في المعتقدات، ونواحي التكيف الكلاسيكية والذرائعية التي قد تحدث دون وساطة معرفية واعية (انظر Kirsch et al., 2004).

مباديء العلاج

الافتراض الرئيسي للعلاج المعرفي سواء تمشيًا مع إيليس أو بيك، هو أن التفكير المتسم بالاختلال الوظيفي يمكن تغييره، وهذا بدوره يؤدي إلى اعتقاد عرضي وتحسن في الأداء. وقد ذكر إيليس أن: "كون الإنسان ذي نزعة بنَّاءة (سواء بالفطرة أو بالتعلم الاجتماعي)، وإذ لديه اللغة لتساعده، لذلك تراه أيضًا قادرًا على التفكير في أسلوب تفكيره، بل ويفكر في ما نفكر فيه. وعلى ذلك، يكون بوسعهم من الناحية العلاجية أن يختاروا تغيير معتقداتهم غير المعقولة لكي يجعلوها أكثر عقلانية أي مساعدة للذات" (2003, p. 80).

وثمة مفهوم رئيسي وهو إيجاد محتوى معرفي بديل يكون أكثر واقعية، ويقوم على أساس الدليل، وأقل خضوعًا للمعتقدات والخطط غير العقلانية. وعلى ذلك، كان التركيز على تغيير محتوى المعتقدات، والأفكار والافتراضات الآلية. وكما قال كلارك وزملاؤه (1999):

"درجة التحسن المتعلقة بأعراض ما والتي نجمت عن هذه التدخلات ستعتمد على مدى التأخير الذي تولد في نظام معالجة المعلومات. والأكثر من ذلك هو، أن الشفاء يكون أكثر ثباتًا، وتقل الانتكاسة إذا وُجهت هياكل المعنى الأساسية التي تم التكيف معها على نحو سيء، وليس التفكير السلبي فحسب - نحو التغيير أثناء العلاج (p. 70)".

وقد استخدم أسلوب المناقشة لتغيير محتوى المعتقدات. وعلى أساس ما يقوله Beck and Clark (1997): "من بين أكثر الطرق فعالية لإخماد حالة التهديد الأساسي هو مجابهتها بالمزيد من معالجة المعلومات بشكل أكثر توضيحًا، ومعالجة استراتيجية للمعلومات الناجمة عن تنشيط طرق التفكير البنَّاءة الانعكاسية" (p. 55). والعلاج المعرفي يمثل هذه المعالجة الاستراتيجية الواضحة. وهكذا يعمل العلاج المعرفي على مستوى الإدراك ليحقق تغييرات على مستوى ما قبل الإدراك.

وعلى الرغم من ذلك، فإن الآلية التي بواسطتها تم تغيير الأفكار الآلية الأولية وذلك بواسطة المزيد من الأفكار الاستراتيجية الواضحة لم تُفهم جيدًا. وتوجد عدة نماذج لتغيير المعرفة (Garratt, Ingram, Rand, & Sawalani, 2007). وهذا النموذج يفترض أن مضمون الخطط التي يقوم عليها قد تغيَّر بطرق عميقة. وهناك نموذج آخر، يُعرف باسم نموذج التنشيط—والإخماد، يوحي أن الخطط تظل سليمة ولكنها أصبحت غير نشطة على مدى العلاج. وفي نموذج ثالث، قد تظل الخطط دونما تغيير، غير أن خططًا جديدة تنشأ نتيجة العلاج، وتتضمن هذه الخطط مهارات للتعامل مع المواقف الصعبة

(Garratt ct al., 2007). وعلى الرغم من ذلك، فإن المعلومات الخاصة بالآليات تُعد ضئيلة (على حسب ما وُصفت بالتفصيل في قسم تال)، والآليات الصحيحة التي تتغير من خلالها المعتقدات تظل غير واضحة.

وهناك مفهوم آخر يُعد عنصرًا رئيسيًّا للعلاج المعرفي وهو أسلوب تجريبي. وهذا يتضمن دمج المزيد من عمليات من القاع إلى أعلى بدلاً من أن يُدار دائمًا وبشكل طاغ بواسطة استنتاجات أو عمليات من أعلى إلى أسفل بإرشاد خططٌ تم تكييفها على نحو خاطئ. أو على أساس تفكير غير منطقي. ونهج التطبيب التجريبي يتضمن أيضًا إيجاد وعي للمرء بتفكيره، ويتعلم كيف يستبعد أفكاره أو ينظر إليها بشكل أكثر موضوعية، وأن يضع فرقًا بين عبارة: "إني أعتقد" (وهذا خيار يمكن عدم تأكيده)، وعبارة: "إني أعرف" (تدل على حقيقة لا يمكن دحضها). ويتم تعلم المهارات ليس لمعرفة كيفية التعرف على التشوهات في التفكير فقط، بل كيف تضعفها وتبعدها عن الأفكار السلبية، وكيف تجد المزيد من الأفكار البنَّاءة القائمة على الدليل. وتُستخدم التجارب السلوكية لجمع الأدلة لتكوين المزيد من التفكير البنَّاء. وهذه المهارات تُستعمل عندما يتم التعبير عن عواطف سلبية أو سلوكيات تتسم بالاختلال الوظيفي. وعلى ذلك، توفر المهارات أداة للتعامل يُقصد بها أن تظل في مكانها بل وحتى يتم تقويتها بعد انتهاء العلاج الرسمي. ولا يرمي العلاج المعرفي إلى تعليم الدقة في التقييمات. بل إن السؤال الأكثر صلة بالموضوع هو بالأحرى ما إذا كان الشخص قادرًا على إضفاء مفهوم للوضع بطريقة تسهِّل السيطرة أو التعامل (Clark, Beck, & Alford, 1999, p. 64). والتعلم يرمي إلى أن يكون لدى الإنسان مرونة في التفكير، والقدرة على أخذ وجهات نظر متعددة بدلاً من أخذ تفسير واحد ضيق الأفق، وهذه تعد طريقة لتسهيل السيطرة والتعامل.

وخلاصة القول، هو أن العملية الأساسية للعلاج المعرفي هي

استخلاص المعلومات من البيئة التي تنشط طرقًا مختلفة للتفكير. وبحسب نموذج بيبك على وجه الخصوص، يُقصد بهذه المعلومات أن تنافس الخطط المتسمة بالإخلال الوظيفي لإيجاد خطط تعويضية من شأنها أن تخمد الخطط المقابلة المتسمة بالإخلال الوظيفي. والحصول على المعلومات على هذا النحو يتأتى من خلال عدة طرق، من بينها المناقشات المنطقية للدليل، والدحض، والتجارب السلوكية لجمع الأدلة.

نظرية المعرفة السلوكية

نظريات المعرفة السلوكية لعلم الأمراض النفسية، والعلاج بالتحليل النفسي تعتمد على نظرية تعلم إلى جانب مبادىء نظرية المعرفة والتي وُصفت على هذا النحو حتى الآن: الاستجابات المشروطة للأحداث الفطرية المقيتة المتعلقة بالشهية، ودور التوقعات في جيل هذه الاستجابات، والتعلم الذرائعي من نتائج الاستجابات، ودور التوقعات الخاصة بهذا التعلم، الإصرار المتبادل بين المعارف، والسلوكيات والبيئة عن التعلم الاجتماعي، ومحتوى التقييمات المعرفية. ومن الناحية المفاهيمية، نجد أن هذه النواحي متشابكة، حيث الخبرة السلوكية تضع المعارف، والمعرفة تصيغ الخبرة السلوكية بطريقة مستمرة ومتبادلة وكما سبق القول، يمكن النظر إلى المعرفة على أنها نتاج التعلم التقليدي، وكوسيط له. ويمكن النظر إلى التعلم، على أنه إسهام في المعرفة الواعية، وبناءً على ذلك، يتم توجيه العلاج بتأثير خبرات التعلم على المعرفة، وتأثير المعرفة على خبرات التعلم.

وفي النموذج المعرفي والسلوكي الخاص بالاضطراب الناجم عن الضغط بعد الصدمة، وعلى سبيل المثال، فإن الحدث الصدمي المبدئي يفترض أن ينشئ ردود فعل كلاسيكية تتسم بالخوف من هذه الصدمة وذكرياتها. وعلاوة على ذلك، فإن نتائج الصدمة ومن بينها مدى الاستجابة المشروطة، يُفترض أن تعززها التقييمات الكارثية عن

معنى الصدمة بالنسبة للذات (على سبيل المثال، "إني ضعيف")، والعالم ("العالم مليء بالمخاطر"). وإذا أُخذت هذه العمليات معًا، فإنها تؤدي إلى تجنب السلوك، والذي هو بدوره تدعمه تقليل المحنة التي ينتجها، والتي تديم أيضًا الخوف المشروط (لأن التجنب يعرقل المحو) والتقييمات الكارثية.

وعلى غرار ذلك، فإن النموذج المعرفي—السلوكي للاضطرابات الناجمة عن استخدام المخدرات، والسوابق المماثلة للسلوك المرتبط بتعاطي المخدرات، من المفترض أنه يترسخ من خلال الجمع المتكرر بينه وبين التدعيم الإيجابي أو السلبي، أو من خلال توقع هذا الدعم. والمعارف التي من قبيل التوقعات المتعلقة بقيمة دعم نتائج تناول المخدرات، والعواطف مثل المحنة أو الغضب، يُفترض أنها توفق بين الأحداث السابقة المماثلة وكذلك التالية لسلوك تعاطي المخدرات بواسطة تداعياته، سواء كان ذلك على شكل نقص الرغبة، أو تناقص أعراض الانسحاب، أو النقص في النتيجة السلبية، أو الزيادة في النتيجة الإيجابية، أو نقص التركيز على مشاكل واهتمامات أخرى. ثم إن المعتقدات السلبية عن الذات أو العالم من شأنها أيضًا أن تسهم في التأثير السلبي الذي تُعد المخدرات مهرباً منه.

وفي النموذج المعرفي—السلوكي للاكتئاب، يُوجه التركيز إلى نقص الدعم الإيجابي المستمد من البيئة، والذي قد يُنسب البعض منه إلى عوامل مستقلة والتي ليس للمرء سيطرة عليها، وخلاف ذلك من الامور التي من المحتمل أن تُستخلص من أعمال الشخص ذاته. ومثال لهذه النوعية الاخيرة نجده في الصراع المتبادل بين الأشخاص والعزلة التي تحدث بشكل جزئي لنتيجة أسلوب تفسير الفرد الذي يدعو إلى الاكتئاب. وهذه السلوكيات الأخيرة من المحتمل أن تتأثر في حد ذاتها بالتقييمات السلبية عن الذات أو عن العالم، ولا تُستخدم نتائجها سوى لدعم التقييمات السلبية بأسلوب متبادل. ثم إن التقييمات السلبية ذاتها من المحتمل أيضًا أن تنقص من التدعيات التي يتم تلقيها من البيئة .

وفي مثال آخر، يعترف النموذج المعرفي—السلوكي للألم المزمن بدور سلوكيات الألم المشروط بما يذكر بهذا الألم (على سبيل المثال، عيادة الطبيب)، ودور الدعم في بقاء سلوك الألم (على سبيل المثال، الاهتمام من آخرين لهم شأنهم، الهروب من المهام أو الواجبات غير اللطيفة)، ونتائج التقييمات المعرفية على كثافة الألم الملموسة والتي يصعب التعامل معها.- والتي بدورها من المحتمل أن تضخم من الاستجابات المشروطة وتدعيم سلوك الألم.

ويختلف المعالجون من ناحية التأكيد الذي يُولي للمعرفة في مقابل المباديء السلوكية. ويؤثر هذا الاختلاف في حدة الطرف التي تُنفذ بها استراتيجيات التدخل المعرفية والسلوكية. فعلى سبيل المثال، نجد أن الطبيب ذا التوجه السلوكي الأكثر سيرى العلاج عن طريق التعرض يُعد من المواقف التي يُخاف منها على أنه وسيلة أولية لمحو الاستجابات المشروطة. ونتيجة نظرية التعلم الاجتماعي إلى العلاج عن طريق التعرض على أنه إنجاز في الأداء من شأنه رفع الفعالية الذاتية.

أما الطبيب ذو التوجه المعرفي الأكثر، فتراه ينظر إلى العلاج عن طريق التوجه كوسيلة للحصول على المعلومات التي تزعزع التقييمات الخاطئة.

4

عملية العلاج

نظرية

العلاج السلوكي المعرفي (CBT) تتضمن بشكل نمطي سلسلة من المكونات. وعادة ما يستهل العلاج بتحليل وظيفي، وذلك للتوصل ليس فقط إلى السمات السطحية لسلوكيات المشكلة والعواطف والمعارف فقط، بل وأيضًا إلى علاقاتها الوظيفية، لكل منها مع الأخرى، وللتعرف على العوامل التي قد تتسبب في مشكلة معينة، أن تسهم فيها، أو تضخمها. وهذا يتضمن أن تؤخذ في الحسبان السوابق المماثلة للسلوك ونتائجها، والمحفزات التي تستخلص الاستجابات المشروطة المعرفية (CRs)، والعاطفية والسلوكية، والتعرف على المعارف التي تسهم في العواطف والسلوكيات. ثم إن تأثير السياق البيئي والثقافي على هذه العلاقات يتم تقييمها أيضًا. وتساعد مراقبة الذات على تنقية التحليل الوظيفي وتولد وجهة نظر شخصية للعالم (أو تكون ملاحظًا موضوعيًا لردود أفعاله الخاصة) خاصة بالتفاعل بين الأفكار والعواطف والسلوكيات في سياقات معينة. وعلى ذلك، نجد أن التحليل الوظيفي يرشد إلى أسلوب العلاج.

أما الاستراتيجيات السلوكية فتستهدف طرقًا لزيادة السلوكيات المرغوب فيها، وتقلل السلوكيات غير المرغوب فيها من خلال ضبط السوابق الماضية المماثلة، وتغيير نماذج الدعم، وبناء المهارات، أو الإجراءات التي تقوم على أساس العلاج عن طريق التعرض للارتباطات المضعفة التي تم معرفتها. وتتضمن الاستراتيجيات المعرفية التعرف على المعارف التي تتسم بالإخلال الوظيفي وتحديها، وذلك من خلال التجارب المنطقية، والمجادلة، أو التجارب السلوكية. وقد وُصفت كل استراتيجية منها وبمزيد في هذا الفصل.

دور العلاقة بين العميل والمعالج

على العكس من العلاجات الأخرى، نجد أن علاقة العميل مع المعالج لا يُنظر إليها على أنها وسيلة علاج رئيسية في العلاج السلوكي المعرفي. بل نجد بالأحرى أن الاختبارات السلوكية التي نُظمت للمريض ومهارات التعامل المعرفي السلوكي التي يتم تعليمها من المفترض أن تخدم كعامل أساسي للتغيير. وعلى الرغم من ذلك، لا يعني هذا أن علاقة المعالج—العميل لا صلة لها بالموضوع، لانه من المعترف به بوجه عام أن سمات علاقة المعالج—العميل تشكل قاعدة أساسية تنفذ منها الإستراتيجيات المختلفة للعلاج السلوكي المعرفي. وهكذا، فإن "المعالج السلوكي الماهر حقًا هو المعالج الذي بمقدوره أن يضفي المفاهيم على المشاكل سلوكيًا، ويعمل الترجمة اللازمة حتى يتفاعل مع العميل بطريقة مطمئنة وعاطفية" (Goldfried & Davison, 1994, p. 56). والواقع أن الدليل يشير إلى أن العلاج السلوكي المعرفي يكون أكثر فعالية حين يقدم في إطار بيئة تتسم بالطمأنينة والتعاطف، وعلى وجه الخصوص في الجلسات القليلة الاولى من العلاج (على سبيل المثال، Keijsers, Schaap, Hoogduin, & Lammers, 1995).

وهناك سمة قوية لعلاقة المعالج—العميل في العلاج السلوكي

المعرفي، وهو التعاون المشترك الذي نجده في كل ناحية من العلاج. ومع أن المعالج هو الخبير السلوكي والمعرفي، وبالنظرية وتطبيقها، غير انه يعتمد أيضًا على ملاحظة العميل الذاتية لكي يصمم التدخل لاحتياجاته الخاصة وهكذا، فإن العميل والمعالج يضعان معًا ويعدلان التحليل الوظيفي وخطة العلاج. كما أن العميل والمعالج يشتركان أيضًا معًا في تقييم الدليل المتعلق بمعتقدات العميل وافتراضاته، ويصممان معًا التدخل السلوكي لتغيير أنماط الدعم، ولإضعاف الاستجابات المشروطة، ولبناء المهارات، والتجارب السلوكية لجمع المعلومات التي تزعزع التقييمات السيئة. وعلاوة على ذلك، فإن العميل والمعالج يقيّمان معًا مدى فعالية كل تدخل ويعملان التعديلات المناسبة، ومن خلال مستوى التعاون هذا، يحصل العملاء على قدر من المعرفة والمهارات تجعلهم أكثر خبرة وأخيرًا تجعلهم قادرين على وضع العلاج، والتنفيذ، وعمل التحسينات بأنفسهم.

ويتم تعزيز طبيعة التعاون في العلاقة بالتأكيد على المرامي والأهداف، وعملية العلاج في الجلسات القليلة الأولى. وهذا يهيئ العميل للتغيير المعرفي السلوكي، والاشتراك في هذا التغيير. وعلى ذلك، فإن أهداف العلاج في الجلسات القليلة الأولى يتم تقييمها، ويُقدم مفهوم دقيق لعملية العلاج، وقد يتم كتابة عقد للعلاج. وسيوضح العقد ما هو متوقع من كل من العميل والمعالج.

وتفرز طبيعة التعاون بين العميل والمعالج نتائج دعم المعالج، وهذا أمر أساسي لدور المعالج في العلاج السلوكي المعرفي. ويقدم المعالج دعمًا لانخراط العميل في هذا العلاج، وعلى وجه الخصوص لإكمالها التكليفات المنزلية التي بين الجلسات. وانخراط العميل في تكليفات يقوم بها بين الجلسات يؤدي إلى نتائج أفضل من العلاج السلوكي المعرفي. وهكذا، تعزز نتائج العلاج عن طريق علاقة جيدة بين العميل والمعالج، لأنها تعزز قيمة دعم المعالج، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى زيادة

انخراط العميل. وهكذا أيضًا، نجد أن المعالجين المختصين بالعلاج السلوكي المعرفي كثيرًا ما يقومون بدور النموذج الذي يحتذى به بالنسبة للمرضى، مثلما يكون الحال عند وضع وسائل لمجابهة الأوضاع التي تبعث على الخوف، أو اكتساب مهارات جديدة. وهنا أيضًا، قد تتأثر فعالية المعالج كقدوة بطبيعة العلاقة بين العميل والمعالج.

وخلاصة القول، إن علاقة التعاون بين العميل والمعالج نجدها كامنة في العلاج السلوكي المعرفي الذي يُعد منبرًا ضروريًا تقدم منه المهارات والتدريبات المختلفة وتنفيذها. ومع ذلك، لا توجد سوى أبحاث مباشرة قليلة عن أهميتها. وإلى جانب ذلك، فإن البحث الموجود حاليًا متناقض. وقد وجد Kazdin, Marciano, and Whitley (2005) أن التحالف العلاجي، الذي عرِّف بأنه الطبيعة التعاونية للعلاقة بين العميل والمعالج، واتفاقهما بالنسبة للأهداف، والصلة الشخصية بينهما، لها صلة إيجابية بالنتائج المأخوذة من العلاج السلوكي المعرفي للسلوك المعارض والعدواني والمعادي للمجتمع عند الأطفال. وعلى النقيض من ذلك، فإن التحالف العلاجي لم تكن له صلة للنتائج المأخوذة عن هذا العلاج بالنسبة للاكتئاب (Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999). وعلاوة على ذلك، فعوضًا عن التنبؤ بالتحسن في الأعراض، وعلى الأقل أثناء جلسات العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب (على سبيل المثال، Tang & DeRubeis, 1999)، ويذكر Kazdin (2007) التحديدات المنهجية لمعظم الدراسات الموجودة عن وسائط العلاج السلوكي المعرفي، بما في ذلك دراسات عن تحالف علاجي. وهكذا، ينتظر دور العلاقة بين العميل والمعالج في النتائج الناجمة عن هذا العلاج المزيد من الأبحاث.

دور المعالج

المعالج الذي يستخدم العلاج السلوكي المعرفي له عدة أدوار عليه أن يؤديها، والبعض منها جاء ذكره عند مناقشة العلاقة بين العميل

والمعالج. أولاً، المعالج الذي ينتج العلاج السلوكي المعرفي هو "مشخص للمرض"، يأخذ في حسبانه المصادر المتنوعة للمعلومات من العميل، ويصدر حكمه على أساس خلفيته (خلفيتها) من المعرفة، و"يشخّص" المشكلة والاستراتيجية الأفضل للتدخل (Kendall, 1993). بمعنى أن المعالج الذي يستخدم العلاج السلوكي المعرفي يستخدم مباده في العلم السلوكي والمعرفي ونظريته للمساعدة في وضع تحليل وظيفي للمدعمات، والمعاقبات، وزملائه النابهين، والتقييمات المعرفية والتي تسهم معًا في النماذج التي أسيء تكييفها من ناحية السلوك، والتفكير والمشاركة العاطفية. ومن خلال ما يطرحونه من أسئلة، وملاحظات، وتأملات، فإن المعالجين باستخدام العلاج السلوكي المعرفي يصيغون وسيلة كونهم علماء على المستوى الشخصي بالنسبة للمريض.

ويقوم المعالج كذلك بدوره في مساعدة العملاء على عمل اكتشافات موجهة فيما يتعلق بتفكيرهم. ثم إن المعالج، وعلى وجه خاص، يستخدم مجموعة من الاستراتيجيات لمساعدة تكييفها والقيام بتحديها. وهذه تتضمن مساعدة العملاء على وصف تشوهاتهم المعرفية، وفحص الدليل المؤيد أو المعارض لافتراضهم، وتحدي العبارات المطلقة باستخدام أسلوب القياس المتدرج، وتقييم الاحتمالات المستخلصة من النتائج، وفحص أية تفسيرات محتملة أخرى للأحداث. وكذلك بملاحظة الموضوعات العامة عبر أفكار آلية مختلفة، يصل المعالج إلى افتراضات متعلقة بالخطة الأساسية. وهذا يمكن تحقيقه أيضًا بأسلوب السهم المتجه إلى أسفل (Burns, 1980) والذي تستخلص فيه نتائج فكرمعين، وبشكل متكرر حتى الوصول إلى المعنى الأخير. وعلى سبيل المثال، فإن أسلوب السهم المتجه إلى أسفل والذي يطبق على الأفكار المتعلقة بهجمات الخوف البالغ، قد يتضمن الآتي:

المعالج: وإذا داهمك الهلع، فما الذي تتخيل أنه يحدث؟

العميل: أجد أنني أفقد السيطرة.

المعالج: وإذا فقدت السيطرة، فما الذي يعنيه هذا؟

العميل: ينتابني الجنون.

المعالج: وإذا انتابك الجنون، فما الذي يعنيه هذا؟

العميل: عندئذ، ستكون هذه هي النهاية. وسوف أُفقد زوجتي تمامًا.

وكذلك، يشجع المعالج العملاء وبقوة على الوصول إلى تقييمات جديدة، من خلال توجيه أسئلة بأسلوب سقراط، وتقديم فرص وضع المعتقدات المعينة إلى جانب الدليل التجريبي والتأملات. وهنا أيضًا، وطوال هذه الأعمال كلها، يتصرف المعالج على أنه قدوة للمريض ليحصل على نفس المجموعة من المهارات من أجل إعادة وضع هيكله المعرفي.

وعلاوة على ذلك، سيقوم المعالج بأسلوب العلاج السلوكي المعرفي بالمساعدة على تصميم وتنفيذ الاستراتيجيات السلوكية لتغيير جداول مواعيد الدعم، ولزيادة السلوكيات المرغوب فيها، وتقليل السلوكيات غير المرغوب فيها، ولبناء مجموعة جديدة من الارتباطات التي تم التكيف معها بشكل سيء، ولاكتساب مهارات جديدة. كما أن المعالج بالعلاج السلوكي المعرفي يقدم أيضًا تدعيمًا واضحًا وكامنًا للتغييرات المعرفية والسلوكية. وثمة مثال واضح لتدعيم المعالج يحدث حينما يصاحب المعالج العملاء بشكل مادي، فيما يقتربون من مواقع تثير خوفهم في البيئة الطبيعية. وهذا التعرض الموجه من قِبَل المعالج يصل إلى الحد الأقصى من احتمال الدعم من قبل المعالج، وهو نافع خصيصًا بالنسبة للمرضى الذين يفتقرون إلى شبكة اجتماعية لدعم ممارستهم الخاصة بالاقتراب من المواقع الذي تثري الخوف (Holden, O'Brien, Barlow, Stetson, & Infantino, 1983). ثم إن المعالج بوسعه أن يصيغ ويرشد سلوكيات معينة في وضع العلاج عن طريق التعرض كما يتم

"في العلاج عن طريق التعرض بشكل موجَّه، ومتمكن" (Williams, 1990). وقد أوضح ويليامز وزملاؤه أن هذا النمط من التعرض بشكل متمكن عن العلة إنما هو أكثر فعالية من وسائل الكشف المعتادة (على سبيل المثال، Williams & Zane, 1989). وصياغة المعالج، والتي تُسمى أيضًا صياغة المشارك، يمكن إجراؤها داخل مكتب المعالج أيضًا. وعلى سبيل المثال، بوسع المعالج أن يكون أيضًا نموذجًا واضحًا في قيامه بدوره والتدرب السلوكي لاكتساب المهارة (على سبيل المثال، مهارات التأكيد)، أو في التدريب السلوكي (على سبيل المثال، كيف يتم لمس شيء كان يتم تجنبه سابقًا للخوف من التلوث).

وقد يتصرف المعالج أيضًا كنموذج غير مقصود: "وهكذا، يجب أن يكون المعالج مدركا وبصفة مستمرة بتأثيره على العميل، وبذل كل جهد لصياغة السلوك، والمواقف، والعواطف التي من المحتمل أن تعزز التقدم العلاجي" (Goldfried & Davison, 1994, p. 60). وعلى سبيل المثال، لن يكون من المفيد للمعالج أن يظهر نفس المخاوف التي يبديها العميل، وبصفة خاصة إذا كانت مخاوف المعالج غير منظمة. وأخيرًا، يستعرض المعالج المعرفي السلوكي ويتعرف على المكان الذي لا يحدث فيه التغيير المعرفي والسلوكي بالسرعة المطلوبة، مستعملاً مبادىء التجارب العلمية لتقييم نتائج التدخلات ولتعديلها عندما تدعو الضرورة، وهذا يكون دائمًا بالتعاون مع العميل.

ولهذه الأسباب مجتمعة، سيكون من المتوقع أن تحدث خبرة المعالج فرقًا لنجاح العلاج السلوكي المعرفي، وعدد قليل فقط من الدراسات هي التي بحثت في موضوع خبرة المعالج أو تدريبه ولقد أوضح Huppert and colleagues (2001) أن خبرة المعالجين بوجه عام (في مقابل العلاج السلوكي المعرفي بنوع خاص) تؤثر بشكل إيجابي على النتيجة المستمدة من هذا العلاج والخاصة بنوبات الذعر، وهذا مرده على ما يبدو أن المعالجين المتمرنين كانوا أكثر مرونة في ممارسة العلاج

السلوكي المعرفي، وعلى قدرة أفضل على تكييفه بالنسبة للشخص الذي يعالج. وتبين النقطة الأخيرة قيمة التحليل الوظيفي الجيد للإرشاد في تطبيق العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة للمشكلة المعروضة. وتبين دراسات أخرى أن كمية الوقت المستخدم في التدريب، والخبرة السابقة بالعلاج المعرفي ترتبط بالكفاءة في العلاج المعرفي (James, Blackburn, Milne, & Reichfelt, 2001)، وأن التدريب الإضافي في العلاج السلوكي المعرفي ينجم عنه تقديم هذا العلاج بشكل أفضل (Brosan, Reynolds, & Moore, 2007).

وعلى صعيد آخر، ليست خبرة المعالج وسيطًا له أهميته بالنسبة لنتائج العلاج في أوضاع المجتمع (على سبيل المثال، Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Schroeder, & von Witzleben, 2001). كما أن دراسة تتضمن علامات أشارت إلى أن نتائج العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة للاضطراب الناجم عن الضغط الذي يلي الصدمة والذي تمت ممارسته في أوضاع مجتمعية مع سلسلة من خبرة المعالج كانت مساوية للنتائج التي تم الحصول عليها بواسطة معالجين يستخدمون العلاج السلوكي المعرفي من الذين تلقوا تدريبًا عاليًا في تجارب تمت بطريقة عشوائية تحت السيطرة (Levitt, Malta, Martin, Davis, & Cloitre, 2007). وعلاوة على ذلك، تبين دراسات أخرى أن النجاح يمكن تحقيقه عند ممارسة العلاج السلوكي المعرفي بأقل اتصال بالمعالج أو بعدم الاتصال به على الإطلاق.

الحد الأدنى من الاتصال بالمعالج

أظهرت بعض الدراسات—على سبيل المثال—نتائج إيجابية عندما لم يتقابل العميل والمعالج شخصيًا، بل بالحري اكتفيا بالحديث الهاتفي، على الأقل بالنسبة لعلاج رهاب الخلاء (على سبيل المثال، Swinson, Fergus, Cox, & Wickwire, 1995) ونوبات الذعر (Cote, Gauthier, Laberge, Cormier, & Plamondon, 1994). وإضافة إلى ذلك، العلاج

السلوكي المعرفي في إطار التوجه الذاتي والذي لا يقابل فيه العملاء المعالج، ونادرًا ما يتحدثون فيه وبدلاً من ذلك، يتم إرشادهم بواسطة كتيبات ونشرات وقد وجد أن هذا أكثر فائدة بالنسبة للمرضى الذين يتسمون بالقلق (على سبيل المثال، Schneider, Mataix-Cols, Marks, & Bachofen, 2005). وعلى الرغم من ذلك، فالمعالجات الموجهة ذاتيًا أقل فعالية بالنسبة لمرضى القلق الأكثر شدة، أو العملاء الذين يعانون المزيد من Comorbidity (مشابهة المرض) (على سبيل المثال، Hecker, Losee, Roberson-Nay, & Maki, 2004). ثم إنه لا العلاج عن طريق الاتصالات الهاتفية، ولا العلاجات التي يقوم بها العميل بنفسه يتم تطبيقها بالنسبة لحالات الاكتئاب الشديد، أو الأشخاص الانتحاريين وذلك لأسباب أخلاقية واضحة.

ويُلاحظ أن أسلوب علاج العميل لنفسه قد توسع وتجاوز الكتيبات والنبذات الإرشادية وأصبح عن طريق الكمبيوتر وشبكة الإنترنت، وذلك فيما يتعلق بالعلاج السلوكي المعرفي. وقد تبين أن هذا قد لاقى قبولاً عامًا لدى العملاء، وثبتت فعاليته في علاج الاكتئاب والقلق إلى جانب نوبات قلق معينة. وعلى الرغم من ذلك، فإن برامج الكمبيوتر تجدها أكثر قبولاً وأكثر نجاحًا عند اشتراك المعالج ولو إلى الحد الأدنى (على سبيل المثال، اتصال تليفوني). وبرامج شبكة الإنترنت والتي يكون فيها اشتراك المعالج إلى أدنى حد، تُعد بديلاً مبشرًا بالنجاح، عندما لا يتوفر الأطباء الذين يمارسون العلاج السلوكي المعرفي.

واكتشاف أن العلاج السلوكي المعرفي بوسعه أن يكون فعالاً في غياب المعالج يبرز قوة استراتيجيات هذا العلاج التي تفوق سمات المعالج وعلاقة العميل والمعالج في إطار العلاج السلوكي المعرفي. ثم إن فعالية تكوين المجموعات لتقديم هذا العلاج (على سبيل المثال، Norton & Price, 2007) تُعد مؤشرًا آخر على أن الاستراتيجيات

المعينة للعلاج السلوكي المعرفي قد تكون أكثر أهمية في علاقة العميل مع المعالج. وعلاوة على ذلك، وكما سبق وذكرنا، فإن مدى خبرة المعالج ليس لها تأثير على النتائج المستخلصة من العلاج السلوكي المعرفي الذي يتم في إطار المجتمع. ومن ناحية أخرى، قد يكون المعالجون من ذوي الخبرة أكثر كفاءة وفعالية في استخدام هذه النوعية من العلاج، ومن المحتمل أن يكون العملاء أكثر استعدادًا لإكمال هذا العلاج إذا قدم بمساعدة أحد المعالجين.

دور العميل

يُدرب مرضى العلاج السلوكي المعرفي على الانخراط بنشاط في صيغ العلاج وتنفيذه، وفي القرارات المتعلقة بأفضل السبل التي يجب اتباعها، وكيف يعدلون ويحسنون كل استراتيجية للتدخل. وهذاالانخراط الفعال يتم تسهيله بالتأكيد على الفلسفة العامة التي تقول إن المشكلة ليست في العميل بل بالأحرى في السلوكيات، والعواطف، والمعارف وهي المشكلة، التي يتكاتف العميل مع المعالج للمساعدة على حلها.

ولهذا السبب، فإن العملاء الذين ينتج معهم العلاج السلوكي المعرفي على نحو أفضل تجدهم محفزين، ويقدرون أسلوب حل المشكلة، حتى إذا كان عليهم أن يتعلموا كيفية تنفيذ هذا الأسلوب.

أما الأمر الأكثر أهمية، هو أن دور العميل في العلاج السلوكي المعرفي هو الاشتراك بغرض التعاون في عملية التقييم والعلاج. ويبدأ هذا الاشتراك بمساعدة العملاء على أن يفهموا تمامًا الأساس المنطقي للعلاج، وهذا بدوره مرتبط بشكل وثيق لفهمهم واشتراكهم في التحليل الوظيفي للمشكلة التي يعانون منها. وعلى ذلك، يتعلم العملاء مهارات ملاحظة الذات وأن يصبحوا علماء بأشخاصهم، ويصبحون من ذوي المهارة في ملاحظة الذات، وكيف يصبح كل منهم عالمًا شخصيًا،

كما يصبحون على مهارة في فهم العلاقات الوظيفية بين الاستجابات المعرفية والسلوكية، والعاطفية، وما يتصل بها من تأثيرات متوقفة على القرينة.

وبعد ذلك، يتعلم العميل مهارات واستراتيجيات معرفية وسلوكية جديدة، وهذا يكون مبدئيًا بمساعدة المعالج. وفي ذات الوقت، يتعلم العملاء مهارات كيفية تقييم نتائج استراتيجيات التدخل، والطرق البارعة لتحسين مهارات التنفيذ، وتدعيم جهودهم وذلك بمساعدة المعالج. وعلى الرغم من ذلك، فإلى جانب مساعدة المعالج، فإن دور العميل هو ممارسة المهارات بشكل متكرر في سياق شخص مناسب خارج نطاق خلفية العلاج. والعملاء، إذ يفعلون هذا يقل اعتمادهم شيئًا فشيئًا على المعالج. وهذه الممارسة يُشار إليها بشكل نمطي على أنها "واجب منزلي".

والواجب المنزلي، قد يكون من أبرز ملامح العلاج السلوكي المعرفي إذا قورنت بالأشكال الاخرى من العلاج بالتحليل النفسي، وهو علاج يعد أساسيًا بالنسبة للتغيير العلاجي. ودعمًا لذلك، تبين دراسات عديدة ـ معظمها يتعلق بالأكتئاب والحصر النفسي (القلق) تبين وجود علاقة إيجابية بين الالتزام بالواجب المنزلي ونتيجة العلاج (انظر Kazantzis, Deane, & Ronan, 2002). كما أن الالتزام بالواجب المنزلي يلطف النتائج إلى حد كبير (Burns & Spangler, 2000)، وله علاقة باستمرار التحسن بعد اكتمال العلاج السلوكي المعرفي (على سبيل المثال: Edelman & Chambless, 1995).

وبناءً على ذلك، فإنه أمر مفيد أن تفهم ما هي العوامل المرتبطة بالامتثال بالواجب المنزلي. وقد وجد Conoley, Padula, Payton, and Daniels (1994)— وهذا ما لا يدعو للدهشة—إن صعوبة المهمة رُبط—وبشكل سلبي—بينها وبين الامتثال للواجب المنزلي. ويقول Robinson (2003) إنه من المحتمل بالأكثر أن يلتزم العملاء

عندما يشاركون بفاعلية في وضع خطة الواجب المنزلي. وقبول العميل وفهمه للمنطق الأساسي للعلاج، وتوقعه للتغيير، من العوامل الأخرى التي تنبئ بالامتثال للواجب المنزلي (Westra, Dozois, & Marcus, 2007).

الاستراتيجيات / الأساليب

الآتي يعد وصفًا شاملاً نسبيًا، وإن لم يكن بشكل تام، لمجموعة الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي تكوّن العلاج السلوكي المعرفي. وإذا تحدثنا بشكل عام، يمكن تصنيف الاستراتيجيات على أنها قائمة على أساس المهارة والتدعيم، وقائمة على أساس كشف الأسباب، وقائمة على أساس المعرفة، تم وضعه بشكل رئيسي أو أساسي من أسلوب نظرية تعلم ذرائعي. وقد وُضعت الاستراتيجيات القائمة على أساس الكشف عن العلة بشكل رئيسي أو أساسي من أسلوب تكييف تقليدي، أما الاستراتيجيات القائمة على المعرفة فقد وضعت على أساس أساليب نظرية المعرفة. وعلى الرغم من ذلك، فإن التداخل بين الاستراتيجيات أمر جوهري على المستوى الإجرائي. وإلى جانب ذلك، إذا أخذنا في الاعتبار الطرق التي تطورت فيها نظريات التعلم لتتضمن المعارف، وإذا أخذنا في الاعتبار مساهمة التعلم في التقييمات الواعية، فإن كافة استراتيجيات التدخل تقريبًا تثير آليات لها علاقة بكل من نظريات التعلم ونظريات المعرفة. وعلى سبيل المثال، التدريب السلوكي للمهارات الجازمة من المحتمل أن يتضمن الدعم، وإزالة الاستجابات المشروطة وكذلك آليات المعرفة. وكل استراتيجية تمت مناقشتها في هذا الجزء يصاحبها شرح للآليات المحتملة مع إبراز فعاليتها (باستثناء الاستراتيجيات المعرفية) ومناقضات استخدامها.

والقرارات المتعلقة بأي من هذه الاستراتيجيات المعينة الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي هو الذي من المحتمل أن يكون الأكثر فعالية

بالنسبة لمجموعة معينة من الأعراض والتي تم تحديدها بواسطة تحليل وظيفي. ومن هذا، أن اختيار استراتيجية العلاج تقوم على أساس تحليل دقيق للاستجابة، بما في ذلك السوابق الماضية المماثلة وكذلك النتائج، وإطلاق المحفزات للاستجابة المشروطة، وتقييمات معرفية، وإلى جانب السياقات المحيطة البيئية، والثقافية والعلاقات بين الأشخاص. وعلى سبيل المثال، الاختيار بين التدريب السلوكي للجزم في مقابل العلاج المعرفي "للحصر النفسي" (القلق) يعتمد على ما إذا كان الحصر النفسي الاجتماعي قائمًا على نقص في المهارة (وفي هذه الحالة قد يُشار إلى أسلوب التدريب السلوكي، بافتراض أنها مناسبة ثقافيًا) أو بدلاً من ذلك ترجع إلى نتائج تدخل الحصر النفسي على أساس مهارات اجتماعية (من الممكن أن تؤدي إلى اختيار العلاج المعرفي).

وتعقيد الاستراتيجيات التي تم وصفها جاء مختلفًا ومتدرجًا من استراتيجيات تركز على عكس العادة، إلى أساليب أوسع وتتسم بالمزيد من الشمولية مثل علاج السلوك العقلاني—العاطفي، والعلاج المعرفي، أو علاج على أساس حل المشكلة. وفي كثير من الأحيان، قد تم الجمع بين الاستراتيجيات المفردة مع استراتيجيات أخرى لتشكل ما يعرف باسم حُزم من العلاج السلوكي المعرفي. أما الأمثلة الأكثر اكتمالاً عن الطرق التي تجمع بها الاستراتيجيات سوف تتبع قائمة كل استراتيجية مفردة.

الاستراتيجيات التي تقوم على أساس المهارة والتدعيم

مراقبة الذات

مراقبة الذات، في إطار العلاج السلوكي المعرفي، تُعد أداة لتقييم العلاقات الوظيفية بين الأفكار، السلوكيات، والعواطف، إلى جانب سوابقها الماضية ونتائجها، وذلك فيما تحدث (في مقابل تقرير استعادة

الأحداث الماضية والتأمل فيها. ومراقبة الذات، على وجه الخصوص لها قيمة لتسجيل الخبرة الموضوعية، مثل التقييمات (على سبيل المثال، لابد أن صديقي يعتقد أني غبي)، ومستويات من المحن الشخصية. والأكثر من ذلك، تُعد مراقبة الذات مفيدة للسلوكيات، أو الأحداث المتعلقة بالنواحي الفسيولوجية والتي من الصعب تسجيلها وذلك، لأنها تحدث بشكل نادر (على سبيل المثال، هجمات الذعر التي تحدث بشكل غامض) أو في ظروف يصعب تكرارها في محضر المعالج (وعلى سبيل المثال، الطقوس الإلزامية التي تعتمد على البيئة المنزلية، Craske & Tsao, 1999). وقبل هذا وذاك تستخدم مراقبة الذات على نطاق واسع عبر صف كبير من مشاكل السلوك والاعتلال الجسدي أو العقلي.

وتبدأ مراقبة الذات بمنطق عقلاني يشدد على أهمية نموذج العالم الشخصي للتعلم لمراقبة المرء لتصرفاته الشخصية. وعندئذ، يتم تدريب العملاء على استعمال عبارات موضوعية ومرتكزات بدلاً من عبارات مشحونة بالتأثير. وعلى سبيل المثال، فإن العملاء الذين يعانون من اضطرابات تسبب الذعر، يتم تدريبهم على تسجيل قوة أعراضهم على مقياس من صفر إلى عشرة، بدلاً من استخدام أوصاف عامة مثل كيف كانت هجمات الذعر "سيئة". ومراعاة الموضوعية في التسجيل يفترض أن تقرر فعاليته. وعندئذ، يتم تعليم العملاء ماذا يسجلون، ومتى يكون ذلك، وكيفية القيام بذلك. وتوجد أنماط عديدة للتسجيل، إلا أن الأكثر شيوعًا هو تسجيل الحدث، أو ما إذا كان الحدث يقع أثناء فترة من التسجيل (على سبيل المثال، هل هجمة ذعر تحدث اليوم).

وتكرار التسجيل، أو تسجيل كل حدث أثناء فترة التسجيل (على سبيل المثال، كل هجمة ذعر أثناء اليوم). والمعلومات التي يتم الحصول عليها من المعالج عن مراقبة الذات تؤثر بشكل إيجابي في الامتثال مع

مراقبة الذات. وعلاوة على ذلك، بوسع المعالجين استخدام البيانات الخاصة بمراقبة الذات لتأكيد التقدم، أو للتعرف على العلاقات الوظيفية السابقة التي لم يتم تفصيلها بين المعارف، والسلوكيات، والعواطف التي هي جديرة بأن تُستهدف في العلاج.

والآليات الرئيسية لمراقبة الذات ليست واضحة تمامًا، على الرغم من أن الوعي المتزايد لسلوك المشكلة و / أو سوابقها الماضية ونتائجها، قد تسهل التحفيز على التغيير (Heidt & Marx, 2003). وإضافة إلى ذلك، فإن تسجيل تكرار السلوك على مدى فترة العلاج قد يوفر تدعيمًا فيما تلاحظ التغييرات السلوكية الإيجابية. ثم إن مراقبة الذات قد تقدم لنا إشارة أو تذكرة بالانخراط في مهارات سلوكية ومعرفية تم اكتسابها حديثًا.

ونادرًا ما تكون هناك إشارة فورية تدل على أن تناقض بالنسبة لمراقبة الذات، على الرغم من أن وسيلة المراقبة كثيرًا ما يتم تعديلها لتتناسب مع احتياجات خاصة وأي تغيير محتمل من المآزق الصعبة. وعلى سبيل المثال، نجد أن الشخص الذي يعاني من وسواس قهري أو لديه ميول لمذهب الكمالية، قد ينتفع من الوضع المحدود، أو الاشكال المقتضبة للغاية لمراقبة الذات. وبين آونة وأخرى، يمكن أن يسوء التأثير السلبي فيما يتم مراقبته. وعلى سبيل المثال، قد تؤثر مراقبة الذات النتيجة السالبة في تنشيط التقييم الذاتي السلبي، وهو أمر قد يتم التعامل معه عندئذ بواسطة إعادة التشييد المعرفي للتقييم السلبي عن الذات. ومراقبة الذات بوجه عام ستكون أكثر صعوبة بالنسبة للشخص الذي يفتقر إلى التحفيز، وهذا بدوره من شأنه أن "يؤكد" إحساسًا بالفشل في هؤلاء الأشخاص الذين سبق أن حكموا على أنفسهم بالفشل، بل وليس بوسعهم ان ينجحوا في مراقبة الذات (Heidt & Marx, 2003). وفي الحالة الاخيرة قد يشكل موضوع حل المشكلة والتنشيط السلوكي أسلوبين نافعين لزيادة الانخراط في عملية مراقبة الذات.

الاسترخاء

كان الاسترخاء دعامة أساسية للعلاجات السلوكية ويتضمن مجموعة كبيرة من الاستراتيجيات، بما في ذلك تدريب التولد الذاتي (Schultz & Luthe, 1959) وتدريب متنام على استرخاء العضلات (Jacobson, 1938)، والتدريب المتكرر علىّ التنفس (على سبيل المثال، Kraft & Hoogduin, 1984)، وأشكال عديدة من التأمل وممارسة اليوجا. والاسترخاء التقدمي للعضلات منهج يتم استعماله، على الرغم من أنه في شكله المكثف من 8 إلى 15 جلسة كما وضع قياسها Bernstein and Borkovec (1973) وهو يتعلق بالتدريب المطول (30-50 جلسة) والتي وصفها Jacobson (1938). وتدريب استرخاء العضلات المتقدم يتضمن شد ثم يتم استرخاء مجموعات العضلات الكبرى على التعاقب، يعقبها استرخاء عميق من خلال التنفس البطيء و/ أو المجازي (التخيلي). وتظهر البيانات أن استرخاء العضلات في حالة القلق تقلله تمامًا (على سبيل المثال، Lang, Melamed & Hart, 1970). وقد استُخدم الاسترخاء لمواجهة حالات اضطراب النوم، والصداع، وضغط الدم المرتفع، وداء الربو، ومعاقرة الخمر، والنشاط المفرط المرضي، وغير ذلك من الاضطرابات.

ويتضمن الإجراء توتر متدرج (10 ثوانٍ) واسترخاء (لمدة 15 – 20 ثانية) لمجموعات العضلات التالية: العضلات السائدة في اليدين والساعدين، العضلات ذات الرأسين (في أعلى الذراع أو مؤخر الفخذ)، ثم العضلات غير السائدة فيها، الجبهة، الخدين والأنف، الفك، الرقبة والحنجرة، الصدر / الكتفين، وأعلى الظهر، ومنطقة البطن، أعلى الفخذ، وأعلى بطة (سمانة) الساق، والقدم، أسفل الفخذ، وأسفل بطة الساق، والقدم.

وبعد تقديم منطق عقلاني، يتم قياس حالة العميل العاطفية بغرض

مقارنتها بحالته بعد الاسترخاء. وهذا ممكن عمله باستخدام مقياس بصري بسيط متدرج من صفر إلى مائة، أو مقياس استرخاء سلوكي أكثر تقدمًا (Poppen, 1998). وهذا المقياس الأخير يقدم أيضًا تحديدًا دقيقًا للحالة المستهدفة لكل منطقة من الجسم تم الوصول إليها أثناء الاسترخاء. وبعد ذلك، يقدم المعالج وصفًا لفظيًا، ثم يضع أوضاع الاسترخاء والتوتر بالنسبة لكل منطقة عضلية. وبعد ذلك، يقوم العميل بتقليد المعالج، فيما يقدم الأخير المعلومات. والمجموعة الكاملة لتدريبات التوتر والاسترخاء يتم تكميلها تحت إرشاد المعالج. وبعد ذلك يتدرب العميل على الإجراء يوميًا بين جلسات العلاج. وطوال الجلسات، يمكن إنقاص عدد مجموعات العضلات من 16 إلى 8 إلى 4 مجموعات عضلية). وعلاوة على ذلك، فإنه في بعض الأحيان يستخدم الاسترخاء تحت السيطرة. والذي يتم فيه الجمع بين حالة الاسترخاء بين كل توتر، مع كلمة "استرخ"، وبعد ذلك، تصبح هذه الكلمة إشارة شرطية التي تستخرج في النهاية شعور الاسترخاء المشروط بمعزل عن مجموعة التوتر وتدريبات الاسترخاء.

ومن بين الآليات الأساسية لتدريب الاسترخاء هي تعزيز التمييز بين مشاعر الاسترخاء والتوتر، التي يتم إنجازها من خلال الانتباه إلى المشاعر المرتبطة بكل حالة أثناء التدريب. والافتراض يقول إن العملاء في هذه الحالة يكونون قادرين بشكل أفضل على معرفة التوتر في حياتهم اليومية (Ferguson, 2003). ثانيًا، يفترض أن يبني التدريب مهارة كيفية إثارة استجابة استرخاء كوسيلة لضبط النفس عندما تختبر التوتر في الحياة اليومية. والهدف الفسيولوجي هو الاسترخاء لتنشيط المزيد من النشاط الباراسمبتاوي وبذلك تبطئ العمليات السمبتاوية اللا إرادية مثل معدل نبضات القلب إفراز العرق، وعلى الرغم من ذلك، وعلى غرار ما يحدث بالنسبة لأساليب الاسترخاء الاخرى، مثل التدريب على التنفس، فإن الآلية قد تنتمي إلى إحساس بالسيطرة أو أية متغيرات أخرى بأكثر مما تنتمي إلى تغيير فسيولوجي

فعلي (على سبيل المثال: Garssen, de Ruiter, & van Dyck, 1992).

وعندما يكون الاسترخاء في ذات الوقت مع إشارة تعطي معلومات حيوية، فإن آلية أخرى يتم إحضارها للتحمل، لأن ذلك كان يتشكل من خلال الدعم. أي أن التغير في الاستجابة الفسيولوجية تتم نتيجة الارتفاع المستمر في المقياس (مثل تخفيض أكبر من توتر العضلة) ودعم لكل وصول ناجح للمعيار، وذلك في شكل إثارة المعلومات الحيوية. وعلى الرغم من ذلك، يقول آخرون إن الشعور بالسيطرة قد يكون متساوياً إن لم يكن مسئولاً بالأكثر عن فعالية المعلومات الحيوية، لأن استخدام إشارات حيوية زائفة لها نفس فاعلية الإشارات الحقيقية (على سبيل المثال، Rains, 2008). ومثال على ذلك، لقد كانت ماري تعاني من صداع توتري مزمن لسنوات كثيرة. وقد تم تعليمها أولاً تدريبات استرخاء العضلات بشكل متدرج، بما في ذلك الاسترخاء مع السيطرة على الإشارة، الأمر الذي كانت تمارسه مرتين يوميًا في بيئة استرخاء لمدة ثلاثة أسابيع. وبعد ذلك، وفيما استمرت تستخدم أسلوب استرخاء العضلات التدريجي كتدريب يومي، كانت في ذات الوقت تستخدم عنصر الإشارة التي تحت السيطرة في الاسترخاء فإنه في غضون ستة أسابيع من جلسات المعلومات الحيوية، كانت قد تعلمت أن تخفض توتر عضلاتها بشكل تدريجي. ونتيجة لهذا التدريب. فإن رقابة ماري الذاتية لنوبات الصداع أشارت إلى أنها قد تناقصت بما يقارب النصف منذ الأسبوعين الأولين قبل بدء العلاج.

ومهارة الاسترخاء تُستخدم في غالبية الأحيان بالنسبة لحالات ارتفاع الاستثارة اللا إرادية التي تتدخل في نوعية الحياة، أو في تقدم العلاج، أو كمهارة للتعامل لمواجهة التحديات بفاعلية. وقد تبين أن الاسترخاء مفيد بصفة خاصة في معالجة الرهاب واضطرابات الحصر النفسي، والإعداد للجراحة، والإجراءات الطبية الأخرى، والتعامل مع حالات المرض المزمن. ثم تم دمجه في العلاجات التي تركز على

تنظيم العاطفة، كما هو الحال في علاج السلوك اللهجي لاضطرابات الشخصية الهامشية (Linehan, 1994). وبين آونة وأخرى، يمكن لردود الأفعال السلبية أن تأتي بنتيجة الاسترخاء، مثل الحصر النفسي الذي يأتي نتيجة الاسترخاء (Heide & Borkovec, 1983).

وهذا الأخير يتضمن أفكارًا مقحمة، ومخاوف من فقدان السيطرة، واختبار مشاعر غير عادية، ولذلك تنتج مشاعر جسدية يتولد عنها الحصر النفسي (مثل طمس الشخصية). وعلى الرغم من ذلك، فبدلاً من أن تكون دلالة على استرخاء مستمر، ومناقشة عمليات التعرض المستمر، والحالات المرتبطة بها، يمكن أن تكون وسيلة فعالة للتعامل مع الحصر النفسي الناجم عن الاسترخاء.

التدريب السلوكي على المهارات الاجتماعية والميل إلى التوكيد

في التدريب السلوكي على المهارات الاجتماعية والميل إلى التوكيد، يتم تعلم مجموعة من المهارات من خلال التعليم، والقدوة، وقيام كل بدوره، والمعلومات، فيما يقوم العميل والمعالج بأدوار مختلفة. وتتضمن المهارات الاجتماعية، التعبيرات غير اللفظية (على سبيل المثال، تعبيرات الوجه، وحركات الجسم، وما يظهر بشكل فعال) إلى جانب المكونات اللفظية (على سبيل المثال، رفض طلبات الآخرين بدلاً من الظهور بشكل غير معقول وتقديم الطلبات، Dow, 1994).

وثمة خطورة مبدئية في تقديم المهارات في المواقف الاجتماعية والتأكيدية، وعادةً ما يكمل تقرير العميل الذاتي وذلك بأسلوب ملاحظة منهجية، مثلما يحدث من خلال القيام بدور مع المعالج، أو الملاحظة المباشرة لسلوكيات العميل في البيئة الطبيعية. والأساس المنطقي الذي يقدم عندئذ والذي يؤكد على أن الكيفية التي يتم بها تعلم المهارات الاجتماعية والتأكيدية، تساعد العملاء على تحقيق السيطرة الشخصية

واحترام الذات والآخرين، والتي ستسهم بدورها في الوصول إلى أهداف حياتهم. وتسلسل السلوكيات يصمم عندئذ لأغراض القيام بالدور والتدرب السلوكي. وعلى سبيل المثال، طلبات التأكيد للتغيير السلوكي في الآخرين تتضمن قولاً عن التأثير السلبي للسلوك الجاري، وتقديم سلوك بديل واضح ومعقول، وقولاً عن التأثير الإيجابي المماثل للسلوك الجديد بالنسبة لكلا الطرفين.

وعلى ذلك، نجد أن المعالج وبصفة مباشرة يصيغ المهارة المعنية، أو يقدم المهارة من خلال نموذج آخر، مثلما يحدث من خلال استخدام الفيديو. والصياغة قد تتضمن نهجًا بارعًا، يؤدي فيها النموذج السلوك المرغوب بثقة وكفاءة. وبديلاً لذلك، يمكن أن تتضمن الصياغة أسلوباً للتعامل، فيه يعرض النموذج بشكل أولي بعض الذعر والخطأ الذي اتبع بمهارة متزايدة. وهذا النهج الأخير، قد يكون نافعًا بصفة خاصة بالنسبة للمرضى المترددين أو الخائفين (على سبيل المثال، Naugle & Maher, 2003). وعندئذ يقوم العميل بالتدرب على السلوك[5]. وبشكل نمطي، يطلب من العملاء أن يقيّموا أداءهم أولاً قبل أن يدعم المعالج جهوده، ويقدم معلومات لفظية تتعلق بتنفيذ المهارة، ويشكل السلوكيات بشكل تقريبي. وفي بعض الأحيان، يمكن لتسجيلات الفيديو أن تكون مفيدة في هذا الموضوع. وبعد الجلسات التي عقدت ببراعة يتم التكليف بالواجب المنزلي لممارسة السلوكيات الجديدة في مواقف الحياة الواقعية، وذلك بين جلسات العلاج. وقد أولى الاهتمام أيضًا لتوقعات أداء واقعية، وقيمة تدعيم الذات من أجل التدرب والممارسة بشكل مستمر.

وثمة مجموعة فرعية من التدريب على المهارات وهي التدريب على التواصل للأزواج وزوجاتهم ممن هن في محنة. والفرضية هي أن كلا من الزوجات والازواج يفتقرون إلى مهارات التواصل. للتفاوض في

5. توجد بعض المناسبات حتى لا تكون الصياغة والتدريب العلني من الأمور غير المناسبة، مثلما يكون الحال عند التعامل مع المهارات المرتبطة مع الحميمية الجنسية، وفي هذه الحالات، يستعمل بدلا من ذلك التدريب الخفي او التخيلي.

الصراع و/ أو من أجل أسباب أن السيطرة المحفزة للسلوكيات، ومهارات الاتصال بشكل جيد لم تُستعمل في سياق التوتر المتبادل. وتدريب الزوجات والأزواج على الاتصال يتضمن مهارات المتكلم المستمر بغية فهم وقبول وجهة نظر شريك الحياة (الزوج/ الزوجة. ويحدد المعالج كل مهارة... ومهارات الاستماع تتضمن تكرار الكلام كالببغاء)، وإعادة الصياغة (أي عبارات أخرى)، تأمل (أي ملاحظة المعنى العاطفي لرسالة المتكلم)، والقبول (بمعنى توصيل أن رسالة المتكلم مفهومة). ومهارات التكلم تتضمن تعلم كيفية عمل أقوال بليغة، وتوضيح العبارات التي تعبر عن المشاعر، ويحدد (بمعنى التعبير عن جوهر المشاعر الأساسية المرتبطة بالمشكلة) (انظر على سبيل المثال، Gottman et al., 1976). وبعدئذ، يقدم المعالج الدعم والمعلومات التصحيحية لكل من الزوجين، فيما يمارس كل منهما استخدام هذه المهارات لتوصيلها في إطار العلاج. وفي الواجب المنزلي، يجب ممارسة نفس المهارات في الحياة اليومية وذلك بين الجلسات.

ومن ناحية الآليات، فالتدريب السلوكي نفسه يعتمد على مباديء الدعم والتشكيل. ويتم تدعيم السلوك الجديد بواسطة المعالج. وما أن يتم إنجاز ذلك، فإن مهارات التوصيل والتأكيد يمكنها أن تعمل كموانع متبادلة للخوف المشروط في أوضاع اجتماعية و/ أو تسهم في إزالة الاستجابات المشروطة، وذلك بالإنتقاص من من قدر توقع المحفزات غير المشروطة (أي زيادة التأكيد والجزم يقلل الخوف من ردود الفعل السلبية من الآخرين). وإضافة إلى ذلك، فإن نفس المهارات قد تعمل للتغلب على النواقص في الذخيرة السلوكية (على سبيل المثال، McFall & Marston, 1970). والسلوكيات الجديدة أو المعدلة من المتوقع أن تفضي إلى زيادة في التدعيمات الإيجابية وتقلل في المعاقبات من البيئة الاجتماعية، وعلى ذلك، فهي تحسن المزاج الكلي وقبول الحياة والعمل. وأخيراً، قد يرفع تنفيذ هذه المهارات التي اكتسبت حديثًا الفعالية الذاتية ويقلل من المعتقدات السلبية عن الذات والعالم.

والتدرب على السلوكيات الخاصة بالمهارات الاجتماعية والجزم في الأمور يساعد بنوع خاص عندما يكون هناك نقص واضح في هذه المهارات (على سبيل المثال، اضطرابات نموية سائدة، مرض الذهان، حصر نفسي اجتماعي بالغ، شخصية تعاني من علة الميل إلى الاجتناب أو التفادي)، وإما أن يكون معدل تعبير محدود بشكل إجمالي، أو محدودًا في سياقات محدودة. (بسبب الحصر النفسي أو الاكتئاب، على سبيل المثال). والتدريب على الحسم يجب تنفيذه بطريقة مستجيبة ثقافيًا. وهذا يتضمن أن تؤخذ في الاعتبار القيم الثقافية المتعلقة بالاستقلال والحكم الذاتي. والعلاج السلوكي المعرفي بوجه عام، والتدريب على الجزم على وجه الخصوص قد تسللت إليه معايير أوروبية/ أو أمريكية شمالية، والتي تضع قيمةً كبيرة على الاستقلال والحكم الذاتي (انظر Hays & Iwamasa, 2006). والحسم قد يتعارض مع قيم الجماعية وأهمية العائلة في الثقافات الأسيوية، والعربية، واللاتينية، والأمريكيين الأفارقة، وغير ذلك من الثقافات. والتعديلات الثقافية الحساسة على ناحية "الجزم" تتضمن استهلال الاتصال الجازم بصيغ تقليدية من الإجلال والاحترام (على سبيل المثال، Organista, 2006)، أو استبدال الجزم باستراتيجيات أخرى من العلاج السلوكي المعرفي مثل حل المشكلة.

التدريب على حل المشاكل

حل المشاكل يُعد مهارة تم تنفيذها بالنسبة لسلسلة عريضة من المشاكل، بما في ذلك الحصر النفسي، الاكتئاب، المشاكل بين الأزواج، والتعامل مع الضغط. والعملاء يُعلمون بوجه عام مجموعة من المهارات لمواجهة مشاكل الحياة اليومية. وتتضمن خطوات حل المشاكل، تحديد المشكلة، وإفراغها في صيغة وإيجاد البدائل، واتخاذ القرار، والتحقق من صحته.

وقد تعرف D'Zurilla and Nezu (1999) على هدفين رئيسيين

من العلاج: الاستيعاب نحو حل المشكلة، وأسلوب حلها. وأهداف التدرب على حل المشكلة، وتدعيم أسلوب حل عقلاني للمشكلة من شأنه أن يقلل من أساليب التكيف الخاطئة من كون الإنسان متهورًا أو مهملاً، أو يتجنب المشاكل. وهكذا، يبدأ التدريب بخطوات من توجه حل المشكلة لإيجاد معتقدات إيجابية ذات فعالية ذاتية، مثل استخدام عكس الدور الدفاعي الأمر الذي يجمع العملاء على أن يعرفوا تمامًا معتقداتهم السلبية البالغة من خلال بيان عكسها وبتصورهم أنهم يحلون المشكلة بنجاح ونتيجة لذلك يتم تدعيمهم. ومرحلة التوجه تتضمن أيضًا معرفة أن المشاكل جزء طبيعي من الوجود الإنساني، كما تتضمن طرقًا للتعرف على المشاكل لدى حدودها، مثل استخدام العواطف السلبية كإشارة إلى معرفة أن المشكلة موجودة، وملاحظة ما يحدث في البيئة التي تسبب هذه العواطف.

وبالنسبة لأسلوب مرحلة حل المشكلة، يتم تدريب العملاء أولاً على تعريف المشكلة. وهذا يتضمن جمع المعلومات عن المشكلة، وتحديدها بشكل موضوعي، وعلى وجه الدقة، والفصل بين الحقائق والافتراضات، والتعرف على الملامح التي يجعل الوضع قابلاً للنقاش والجدل، ووضع أهداف واضحة (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2003). وبعد ذلك، توضع البدائل بإيجاد أكبر قدر ممكن من الحلول، وتأجيل الحكم إلى أن يتم إيجاد قائمة كاملة، وبعد ذلك، توضع قائمة بخطط العمل من أجل وضع كل حل. وفي مرحلة اتخاذ القرار، يتم تحليل فائدة التكلفة لكل حل، للتعرف على الحلول التي من المرجح أن تنجح، ويمكن تنفيذها. والحلول الفعَّالة، أو الحلول التي من المحتمل أن تكون ناجحة، والتي تؤدي إلى اللانتائج الأكثر إيجابية والأقل سلبية يتم اختيارها عندئذ. والخطوة الأولى لتنفيذ خطة العمل المرتبطة بأكثر الحلول فعالية، وتقييم نجاح تنفيذها إلى جانب حل العقد وعمل التعديل اللازم عندما يكون ذلك ضروريا.

وحل المشاكل هو بالضرورة مهارة تدخل بنَّاء. والآلية الأساسية لحل المشاكل تتضمن تدعيمًا من اكتساب المهارات ومن النجاح الذي يتحقق في حل المشكلات المتعلقة. وعلاوة على ذلك، بمواجهة الأوضاع المثيرة للجدل بدلاً من تجنبها، وتم عمل نوعية من المكاشفة التي تؤدي إلى إزالة الاستجابات المشروطة. وبالإضافة، فإن التغييرات في التقييمات المعرفية والافتراضات نجدها ضمن إجراءات مرحلة التوجه لحل المشكلة. ثم إن التنفيذ الناجح لحل المشكلة قد يرفع من الكفاءة الذاتية، ويقدم الدليل الذي يهدم المعتقدات السلبية عن الذات وعن العالم.

وكمثال على ذلك، كان جون—وهو كاتب ومؤلف —يعاني من الاكتئاب. ومن بين سلوكيات المشكلة المرتبطة باكتئابه، كسبب ونتيجة لها، هو عدم اكتمال مشروعات كتاباته. ولديه تقريبًا عدة مسودات لقصص قصيرة لم تكتمل، ولم يكمل أي مشروع من كتاباته لعدة سنوات. وهذا بدوره كان يسبب له مشاكل مالية، لأن الكتابة كانت تشكل المصدر الرئيسي لدخله. وبدأ العلاج بتصنيف المشكلة على أنها عدم إكمال مشروعات كتاباته، ومع وصف واضح للعوامل التي بدا أنها تسهم في عدم إكمال مشروعات كتاباته، مثل إساءة إدارة الوقت. ومن ثم وُضع هدف واقعي لإكمال المشروع الذي كان أقرب للاكتمال في غضون أربعة أسابيع. وبعد ذلك، بدأ جون يتصيد الحلول، بما في ذلك إيجاد زميل له في المهنة، ووضع جدول لمواعيده يتسم بمزيد من الفاعلية، وتقديم الدعم لكل مرحلة يتم فيها إتمام الكتابة، ووضع كافة مشروعات كتاباته الأخرى جانبيًا، وبعيدًا عن مكتبه لزيادة تركيزه على المشروعات التي تم اختيارها، واستئجار شخص لمساعدته على الكتابة، وقضائه إجازة لمدة أربعة أسابيع في إحدى المنتجعات حيث تقل عرضة تشوش تفكيره، وأن يطلب من عائلته تركه لوحده لمدة 4 أسابيع لنفس الغرض. كما وُضعت الخطوات التي تضمنها كل حل مقترح. وعلى سبيل المثال، فلكي يضع جدول مواعيد

فعالاً لوقته، تطلب الأمر من جون أن يضع أولويات لما سيكتبه في إطار مسئولياته اليومية الأخرى كأب وزوج، ويحدد مواعيد العديد من الفترات الزمنية كل يوم للكتابة فقط، ويتعلم كيف يعرف عائلته أهمية جدولة مواعيده. وبعد ذلك أخذ يفكر في أي الحلول أكثرها من ناحية الجدوى والتي من المحتمل أن تنجح. وقد اختار أن يجدول مواعيده بفاعلية وتوفير الدعم (مكالمة هاتفية لأحد أصدقائه، أو القراءة، من بين مدعمات أخرى) لكل مرة كان يكتب فيها في الفترة الزمنية المحددة بحسب جدول مواعيده. وقد وضعت هذه الخطة موضع التنفيذ. وبعد الأسبوع الأول، أدرك جون أنه وضع في جدول مواعيده فترات زمنية قصيرة أكثر من اللازم أثناء اليوم، ولذلك عدَّل من خطته إلى فترتين زمنيتين تبلغ كل منهما ساعتين. ومع هذا التعديل، استطاع جون أن يكمل مشروعه في موعده.

وقد استُخدم التدريب على حل المشاكل على نطاق واسع في الاضطرابات النفسية وكذلك بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات طبية، والمشاكل الزوجية والعائلية، والتعامل مع حالات التوتر العام. كما وجد أن التدريب على حل المشكلات له فاعليته في أوضاع العناية الأولية للتعامل مع الاكتئاب، وكثيراً ما يدمج مع استراتيجيات معرفية وسلوكية أخرى مثلما يكون الحال مع اضطرابات تعاطي المخدرات. ويبدو أن هناك دلالات قليلة تدل على خطأ هذا الأسلوب، على الرغم من أنه لن يكون النهج المفضل حين يشير الدليل إلى أن الأساليب الأخرى أكثر فعالية بالنسبة لاعتلالات معينة، كما هو الحال في بعض اضطرابات الحصر النفسي، حيث التعرض المتكرر لمحفزات الرهاب يكون على وجه الخصوص فعالاً.

التنشيط السلوكي

التنشيط السلوكي كعلاج للاكتئاب جاء وليد نماذج تكيف ذرائعية، تُنسب فيه حالة الاكتئاب إلى معاقبات أكثر نسبيًا من

المدعمات الإيجابية. وكطريقة لمواجهة جدول الدعم غير المتناسب هذا، قام لوينسون وزملاؤه (على سبيل المثال، Lewinsohn, 1974) بتشجيع الوصول المتزايد للمدعمات الإيجابية باستخدام كتل نشطة وجدول مواعيد فعال من قائمة معيارية للأنشطة لزيادة الانخراط في أنشطة لطيفة. ومنذ عهد قريب، قام Jacobson وزملاؤه (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001) باتخاذ أسلوب يتسم بمزيد من الفردية للتعرف على نوعيات الأنشطة التي تزيد من الدعم الإيجابي وذلك بالاتكال على تحليل وظيفي لشخص معين كما أنهم أكدوا أهمية التنشيط السلوكي كاسلوب لمواجهة تجنب تحديات الحياة والعواطف المتعلقة بها. وقد افترض أن هذاالتجنب يسهم في الاكتئاب السائد. وعلى سبيل المثال، طلب المرء الحديث مع رئيسه لتصحيح خطأ وقع في العمل سوف يُعد نشاطًا يواجه تجنب العواطف السلبية التي يُتوقع أن تنشأ أثناء التفاعل مع الرئيس. وبهذه النوعية من التأكيد على مواجهة التجنب، ثم إن التنشيط السلوكي يتداخل مع موضوع حل المشاكل ومع علاج الكشف عن اضطرابات الحصر النفسي.

ويبدأ التنشيط السلوكي بتحليل وظيفي للسوابق المماثلة والذين يحافظون على عدم وجود هذا السلوك، الأمر الذي يتحدث عن طريقة عمل التنشيط السلوكي في سياق فرد معين. ويُعد التحليل الوظيفي أمرًا ضروريًا بالنظر إلى أن نفس السلوك، أو عدم وجوده قد يخدم عملاً مختلفًا للغاية بالنسبة لأشخاص مختلفين. وعلى سبيل المثال، فإن ترتيب تناول القهوة مع أصدقاء قد يكون إخفاء لسمة إجتماعية تم التكيف معها، أو تجنب تم التكيف معه بشكل خاطئ بالنسبة لمسئوليات أخرى. ويتضمن فهم سياق الاكتئاب تقييمًا واسعًا لأحداث حياتية مهمة، وطرقًا تغير السلوك فيها بسبب الإصابة بالاكتئاب، إلى جانب الأساليب التي استُعملت للتعامل مع الاكتئاب والتي يمكن في حد ذاتها أن تكون مدعاة للجدل (على سبيل المثال، سلوكيات التجنب). وعلى ذلك، فإن هذه المعلومات قد استُخدمت

عندئذ لإضفاء المفاهيم على أحداث الحياة التي أسهمت في الاكتئاب بأن تجعل حياة العميل غير مجزية، وطرقًا أسهمت فيها المحاولات للتعامل مع الاكتئاب عن طريق تجنب المساهمة في الاكتئاب.

وقد استُخدمت جداول النشاط عندئذ لتقييم المستويات الجارية من النشاط، والعلاقات بين النشاط والحالة المزاجية، ولمساعدة العملاء على مراقبة سلوكيات التجنب وكذلك الخطوات التي اتُّخذت لإنجاز أهداف الحياة المعلنة (Martell, 2003). وقد تم تشجيع العملاء عندئذ على أن يصبحوا على دراية لاستراتيجياتهم الخاصة بأسلوب التجنب، وأن يختاروا بين الاستمرار في سياسة التجنب وأن يكونوا مكتئبين، أو الانخراط في أنشطة والتي من شأنها أن تؤدي في النهاية إلى حالة مزاجية قد طرأ عليها التحسن. وقد استُخدم أسلوب اللقطة الاوائلية باستخدام الكلمة الإنجليزية Action (وترجمتها عمل)، وذلك لمساعدة العملاء على التقييم عندما يتخذون أسلوب التجنب:

- التقييم: هل أتبع سلوك التجنب؟
- اختر: سواء لتنشيط التجنب أو الاستمرار فيه.
- حاول: السلوك المختار.
- ادمج: نشاطًا جديدًا إلى الروتين المعتاد.
- لاحظ: النتيجة، هل رفع السلوك الجديد من الحالة المزاجية أو المواقف الحياتية.
- إطلاقًا: لا تستسلم (Martell, 2003).

ومعنى الآليات التي من وراء التنشيط السلوكي هو أنه بزيادة النشاط، ومنع التجنب، يدخل العملاء في اتصال مع المزيد من التدعيمات الإيجابية الطبيعية من بيئتهم. ثم إن التنشيط السلوكي يوجد روتينيًا معتادًا، ويشجع الناحية الوظيفية، وعلاوة على ذلك، فإن التنشيط السلوكي يساعد العملاء على أن يتعلموا كيف يصبحون

نشيطين حتى عندما يشعرون أنه ليس بوسعهم تكميل المهام، أو الحصول على أية مسرة من الحياة (Martell, 2003). وبتشجيع الاقتراب من الأوضاع السابق تجنبها، فقد يسهم التنشيط السلوكي في إزالة الاستجابات المشروطة. ثم إن الفعالية الذاتية قد ترتفع بشكل فعال، وبدورها تسهم لمزيد من التحفيز على التنشيط السلوكي. وأخيراً، فإنه على الرغم من أن علاج التنشيط السلوكي لا يحاول تغيير مضمون المعرفة، إلا أنه من المحتمل أن يقدم إنجاز الأداء الدليل الذي يزعزع التقييمات السلبية تمامًا بالنسبة للذات والعالم.

وقد أوجد التنشيط السلوكي بصفة خاصة لمعالجة الاكتئاب. ولا توجد دلالات واضحة على وجود خطأ بالنسبة للشخص الذي يعاني من الاكتئاب، وباستثناء الوضع الذي قد يكون من شأن تنشيط العميل أن يعرضه لخطر التعرض للأذى بسبب وجود شريك للحياة (الزوج/ الزوجة) يتسم بأنه مؤذ، أو العيش في ظروف يسودها العنف (Martell, 2003). وإذا أخذنا الأساس القريني للتنشيط السلوكي، الذي يكون الهدف فيه هو تشجيع العملاء على "أن ينظروا خارجًا لسياق حياتهم بدلاً من العيوب الداخلية المفترضة" (Martell, 2003، p. 29)، والتنشيط السلوكي لا يأتي عادةً على تركيز علاج معرفي يركز على محتوى المعارف السلبية. وعوضًا عن ذلك، يتم التعامل مع المعارف بحسب وظيفتها، مثل تقييم أين ومتى تحدث هذه المعارف السلبية، وما هو تأثير المعرفة على ما يشعر به المرء ويعمله بعد ذلك. ثم يعيد العلاج تركيزه على كيفية السلوك بشكل مختلف، وبطريقة لا تتبع فيها المعارف السلبية. والتنشيط السلوكي في سياقات ثقافية معينة، يمكن تعديله ليتضمن أنشطة تُمارس مع أفراد العائلة.

التعاقد السلوكي

هناك استراتيجية أخرى أُخذت عن مبادىء الدعم وهي التعاقد السلوكي أو التعاقد بالنسبة للحالات الطارئة. وهذا بكل بساطة

عبارة عن بيان يتضمن مجموعة من السلوك الذي يجب أن يُتبع، وما يتعلق بذلك في عواقب إيجابية وسلبية يجب تنفيذها مشروطة على الامتثال للخطة، أو عدم الامتثال لها. ولهذا فهي الترجمة المباشرة للمباديء السابق ذكرها والخاصة بنظرية التعلم الذرائعي. وقد طبِّق التعاقد السلوكي استكمالاً لاستراتيجيات معرفية وسلوكية أخرى، في اتفاقيات خاصة بالعلاج السلوكي المعرفي(على سبيل المثال، العلاج عن طريق حل المشكلة)، وذلك عبر مجموعة واسعة من العلل، بما فيها مشاكل الزواج في العائلة، والعلل الناجمة عن تعاطي المخدرات، فقدان الوزن، التوقف عن التدخين، والتدريب البدني. وباستثناء استهداف مبالغات أو نواقص سلوكية معينة، يمكن استخدام التعاقد السلوكي كأداة لتسهيل الانصياع للعلاج السلوكي المعرفي . وعلى سبيل المثال، قد يُستخدم التعاقد السلوكي لتعزيز الانخراط في العلاج الكشفي، أو منع الاستجابة.

ويعد التعاقد على تحليل وظيفي مبدئي يشير إلى السوابق المماثلة ونتائج النماذج السلوكية السائدة، وهذا يوحي بطرق لتعديل السوابق المماثلة و/ أو نتائج بديلة ضرورية لعمل تغييرات سلوكية والمحافظة عليها. وقد سبق أن تحدثنا طرق تغيير السوابق المماثلة وما يترتب عليها، بما في ذلك إبعاد أو تعديل هذه السوابق، وتغيير عمليات التأسيس، وتقديم النتائج. وهناك مجموعة من الأشياء التي تحدد مدى فعالية النتائج الإيجابية أو السلبية للسلوك، ويجب أن تؤخذ في الحسبان عند وضع العقود السلوكية. وهذه تتضمن حجمها النسبي وأهميتها، ومدى العجالة التي قُدِّمت بها، وثبات عملية التقديم. والتناغم له أهميته الخاصة أثناء مرحلة اكتساب السلوك الجديد، في حين أن جدولة نسبة التدعيم تُعد أكثر فعالية لصيانة السلوك الجديد فور أن يُكتسب (انظر Martin & Pear, 2003).

أما الخطوات الحاسمة للتعاقد السلوكي فقد لخصها Houmanfar,

Maglieri, and Roman (2003) على النحو التالي: تم تحديدها بوضوح، وأهداف معقولة قصيرة الأمد وطويلة الامد، وسلوكيات مستهدفة تم توضيحها بجلاء من أجل التغيير، والظروف التي في ظلها سيحدث السلوك المستهدف، نظام مراقبة للتأكد من أن أهداف السلوك المستهدف قد استوفيت، ومكافأة وُضحت بجلاء للامتثال العاجل في الظروف الطارئة، وعقاب لعدم الامتثال. وإلى جانب ذلك، فإن العقد الذي تم التفاوض بشأنه يجب الموافقة عليه والتوقيع عليه من كافة المشاركين.

والآلية الأساسية التي قام عليها التعاقد السلوكي هي التكيف الفعال أي تدعيم السلوكيات المرغوب فيها وعقاب السلوكيات غير المرغوب فيها. والتغيير السلوكي الناجح، قد يرفع أيضًا من الكفاءة الذاتية، ويزعزع التقييمات السلبية عن الذات وعن العالم، وهذا بدوره يحفز التغيير السلوكي المستمر.

وكمثال على ذلك، فإن العميل الذي يعاني من الوسواس القهري والذي لديه عقد بالتخلص من الصحف والمجلات من غرفة معيشته لمدة 15 دقيقة كل يوم، وقبل العشاء مباشرة، لكي يحقق هدفه بعيد المدى الخاص بترويق حجرة معيشته. وبعد إكمال الخمس عشرة دقيقة كل يوم، وافق العميل على مكافأة نفسه إما بمشاهدة أخبار الساعة العاشرة أو بتناول "الحلو" بعد العشاء. وإذا لم يتحقق الهدف المنشود، فإن العميل لا يشاهد نشرة الأخبار، أو يتناول "الحلو" بعد العشاء. مكان التقدم يُراقب بواسطة سجل أداء يومي لعدد من الدقائق تُقضى في التخلص من بعض المواد.

ويمكن للمشاكل المتعلقة بالعقود السلوكية أن تنشب عندما تكون مقيدة أكثر من اللازم لأنها تبدو وكأنها عقاب، أو متزمتة أكثر من اللازم بحيث لا تسمح للمريض أن يبدي رأيه فيها (Houmanfar, Maglieri, & Roman, 2003). وغموض العقد، والافتقار إلى اهتمام

المعالج، وعدم التشجيع لتطبيق النواحي الطارئة المتعلقة بالعقد قد تؤدي جميعًا إلى إعاقة الفاعلية أيضًا. وأخيرًا، فإن العقود السلوكية لا تستخدم بشكل نمطي وبصفة مباشرة كتدخل من أجل نقص في السلوك القائم على المهارة (مثل نقص المهارات الاجتماعية) على الرغم من أنه يمكن استخدامها كوسيلة لتشجيع الانخراط في الأنشطة التي تساعد على الحصول على السلوكيات القائمة على المهارة.

وكما هوالحال مع العلاج السلوكي المعرفي بشكل عام، فإن العقود السلوكية بصفة خاصة تشدد على التغيير، وهذا التشديد قد يتنافر مع التأثيرات الثقافية التي تحد من قدرة العميل على ابتكار التغيير وتنفيذه (انظر Hays & Iwamasa, 2006). وهكذا، فإن التعاقد على تغييرات سلوكية يجب أن تأخذ في حسبانها القيود الثقافية، وتلك التي بين الأشخاص، ويجب تعديلها على هذا الأساس. وعلى سبيل المثال، فإن العقد السلوكي الذي يقصد به زيادة مواعيد التدريب البدني، فإن الأنشطة البدنية يجب أداؤها في أوقات لا تتعارض مع الأهداف العائلية.

تحويل العادة إلى عكسها

تحويل العادة أمر وضعه لأول مرة Azrin and Nunn (1974) وذلك بالنسبة للعادات العصبية والحركات العضلية غير الإرادية (Tics)، وذلك على أساس النظرية التي تقول إن هذه السلوكيات توجد بسبب تقييد الإجابة، والوعي المحدود، والممارسة المفرطة والتسامح الاجتماعي.

وعكس العادة في أيامنا هذه يستخدم في التقلص اللا إرادي في العضلات ولا سيما عضلات الوجه وكذلك هوس نتف الشعر بدافع مرضي Trichotillomonia، وكذلك سلسلة من السلوكيات المتكررة والتي يتم السيطرة عليها بواسطة "دعم آلي"، أو سلوكيات

ناجمة عن تحفيز ذاتي (على سبيل المثال: شد الشعر). ويبدأ العلاج بتحليل مفصل لنتيجة السلوكيات التي تتضمنها هذه العادة، وسوابقها المماثلة وعواقبها. وبعدئذ، يبدأ تدريب الوعي، حيث يتم دعم العملاء فيه ليكتشفوا العلامات الأولى لعادة سلوكية معينة حتى يتمكنوا في النهاية من التوقف عن هذه العادة في وقت مبكر في هذا السياق. وهذا يتضمن وعيًا بالسوابق المماثلة البيئية وكذلك المقنَّعة (على سبيل المثال: أحاسيس معينة في المنطقة التي تأثرت بتقلص لا إرادي في عضلات الوجه حركي أو لفظي). ويتم التدرب على الوعي في جلسة بعادات طبيعية أو محفزة، ويتم تدعيمه بواسطة المعالج. وبعد ذلك، في تدريب الإجابة المنافسة، يتعلم العملاء أداء إجابة منافسة غير واضحة، ولا تتطلب سوى مجهود بسيط، ويتنافسون بدنيًا مع العادة.

وعلى سبيل المثال، الرد المنافس للتقلص اللاإرادي اللفظي يتم بالتنفس بواسطة الحجاب الحاجز وبحيث يكون الفم مقفلاً، أما الرد المنافس لقضم الظفر هو استخدام غسول لليد. وهذه الردود المنافسة يتم التدريب عليها في جلسة باستخدام عادات طبيعية أو محفزة، وهنا أيضًا يكون ذلك بتشجيع من المعالج. وبعد ذلك، يُطلب من العملاء استخدام الرد المنافس في حياتهم اليومية، سواء عندما تكون السوابق المماثلة موجودة، أو في وقت مبكر من سلسلة السلوكيات. وتحويل العادة إلى عكسها هي تدخل قائم على المهارة ويقوم تمامًا على مباديء الدعم. وقد بُذلت محاولات بصفة خاصة لمنع الدعم الإيجابي (عادة ما يكون حسيًّا) المرتبط بهذا السلوك المتكرر، وذلك باستبداله بسلوك منافس. وفي بعض الأحيان يصاحب تدعيم المعالج لتنفيذ الرد المنافس تدعيمًا اجتماعيًّا من أشخاص آخرين مهمين لعدم انخراطه في السلوك المتكرر. كما يتضمن الأمر أيضًا تقييمًا للرد من خلال تخيل سيطرة ناجحة على العادة في أوضاع كانت تُعد فيها مشكلة. ثم إن السيطرة الناجحة على السلوك المتكرر من المحتمل أن يزيد الفعالية الذاتية، والتي بدورها تحفز على جهود مستمرة للسيطرة على السلوك.

هذه الاستراتيجيات قد تؤدي أيضًا إلى المزيد من التقييمات الإيجابية عن الذات والتي تسهم بدورها في تحفيز متواصل للتدريب على تحويل العادة إلى عكسها.وتحويل العادة إلى عكسها أسلوب وُضع خصيصًا للسيطرة على السلوكيات المتكررة مثل التقلص اللا إرادي للعضلات ولا سيما عضلات الوجه، وشد الشعر، والفأفأة وقضم الظفر، والصرّ على الأسنان، ووخز الجلد، وحكه، وعض الأصابع. ويتناسب تمامًا بالنسبة للسلوكيات التي يتم السيطرة عليها بتدعيم آلي، أو سلوك ناجم عن تحفيز ذاتي. وليس من المناسب بالنسبة للسلوكيات المتكررة التي يتم السيطرة عليها بنتائج الهروب من موقف مقيت (على سبيل المثال، السلوكيات القهرية التي تؤدي إلى تقليل المحنة، وهي حالة الاستحواذ (Obsession).

الاستراتيجيات القائمة على أساس كشف العلة

العلاج عن طريق كشف العلة

وُضع العلاج عن طريق الكشف والإظهار وذلك بشكل مباشر من مباديء إزالة الردود المكيفة تقليديًا. وهو يستخدم في كثير من الأحيان لعلاج الحصر النفسي، غير أنه يُدمج أحيانًا في علاجات تعاطي المخدرات، والاضطرابات المتعلقة بتناول الطعام وغيرها. والعلاج عن طريق الكشف يتضمن أسلوبًا نظاميًا ومكررًا إما بالنسبة لمحفزات رهابية، أو محفزات تولد التوق الشديد، وذلك دون دعم بواسطة محفز غير مشروط بغيض أو مثير للشهية، وعلى ذلك فإن هذه المحفزات تفقد في النهاية قدرتها على إنتاج استجابات مشروطة سواء بالنسبة للخوف أو للتوق الشديد. وتتضمن المحفزات إشارات خارجية مثل رهاب الخلاء، أو مخدرات، أو حيازة مخدرات، إلى جانب إشارات داخلية مثل الخوف من المشاعر الجسدية المرتبطة بنوبات الذعر، وذكريات آلام سابقة، وصور للكوارث أو الاشتهاء إلى المخدرات.

وأسلوب Wolpe's (1958) المعرف باسم "إضعاف الحساسية" يجمع بين الاسترخاء والتعرض لمحفزات تثير الخوف. وإضعاف الحساسية بشكل نظامي يمثل أول تطبيق لمبادىء التكيف بالنسبة لمعالجة نوبات الخوف والقلق النفسي. وإضعاف الحساسية النظامي كما ظهر أساسًا كان يتم في الخيال. فقد افتُرض أن تخيل المحفزات المخيفة معادلاً لمواجهة محفزات الخوف حقًّا في الحياة الواقعية. وقد أُضيف الاسترخاء لمنافسة رد الحصر النفسي ومنعه. ولهذا السبب، فإنه من الضروري أن تكون استجابة الاسترخاء أقوى من استجابة الحصر النفسي، وعلى ذلك قرر وولب إجراء إضعاف الحساسية النظامي باستخدام صيغة تعرض متدرج حتى يمكن الحفاظ على مستويات الحصر النفسي عند مستويات منخفضة نسبيًا. وتخيل المحفزات التي تثير الخوف تم تنظيمها في تسلسل من مثيرات الحصر النفسي (القلق) الأقل إلى أكثرها قوة، أما إضعاف الحساسية فيبدأ بأقل صورة من إثارة القلق النفسي، وبعد ذلك يتحرك بالتدريج إلى أعلى السلم إلى الصور الأكثر إثارة للحصر النفسي. وبالقيام بهذاالعمل، يُفترض أن النجاح في كل خطوة في هذا التسلسل من شأنها أن تقلل القلق النفسي بالنسبة للخطوات التالية على هذا التسلسل.

وبعد إيجاد التسلسل الهرمي، يبدأ إضعاف الحساسية بتقديم مشهد محايد، يتبعه أزواج متكررة من صور محفزات القلق النفسي الأدنى درجة وذلك من التسلسل مع ما يتبع ذلك من استرخاء. ويُطلب من العملاء أن يتخيلوا، ويعطوا إشارة (على سبيل المثال، بأن يرفعوا أيديهم) عندما تكون الصور واضحة، ويواصلوا التخيل لمدة معينة من الوقت، وبعد ذلك يتم تقدير معدل الحصر النفسي ويتبعه ممارسة الاسترخاء. وهذا التزاوج يتم تكراره بحسب عدد المرات الضرورية حتى يمكن تخيل عنصر التسلسل وبأدنى حد من الحصر النفسي أو عدم وجوده. وعند هذه النقطة يتم تخيل البند التالي في هذا التسلسل. وتخيل المشاهد التي تثير الخوف في شكله الأساسي

كان محدودًا بما لا يزيد عن 15 ثانية (في العادة من 5 – 7 ثوان)، أو حتى يتم الشعور بالقلق النفسي، الأمر الذي سرعان ما يأتي، وعند هذه النقطة تكون هناك عودة إلى حالة الاسترخاء. وقد طوّر Goldfried (1971) نسخة من إضعاف الحساسية في إطار السيطرة على الذات. وبدلاً من إزالة الصور والعودة إلى حالة الاسترخاء، يتم تشجيع العميل على المحافظة على الصورة وممارسة الاسترخاء لإزالة التوترات والقلق. وفي هذه الطريقة يُنظر إلى إضعاف الحساسية على أنه فرصة للتدرب على مهارات التعامل.

وقد أكد Wolpe's (1958) على آلية التكيف المضاد من خلال المنع المتبادل. وقد استفاد من عمل Sherrington (1947) والذي أسس عملية تنبيه مجموعة عضلات ثم منع (إخماد) مجموعة عضلات مضادة، وهذه العملية أطلق عليها "المنع المتبادل". وقد وسّع وولب من هذا المبدأ ليشمل القلق، وقال إنه إذا أمكن عمل استجابة معادية للقلق في حضور محفز إثارة القلق ونجم عن ذلك إخماد كامل أو جزئي لاستجابة القلق، هناك تضعف الرابطة بين المحفز واستجابة القلق. وهكذا، فإنه في الإضعاف النظامي للإحساس، يتقدم الأفراد بشكل تدريجي من خلال زيادة المزيد من المجابهات المثيرة للقلق مع محفز رهابي، مع استخدام الاسترخاء كمانع متبادل لإثارة القلق.

وعلى الرغم من ذلك، فقد تم تحدي فرضيات المنع المتبادل وذلك بدليل يبين أن التعرض الخيالي المتدرج لأوضاع تثري الخوف كانت فعالة بنفس القدر سواء جمع بينها وبين التدريب على الاسترخاء أم لا (انظر Crask et al., 2008، للمراجعة). ثم إنه، عندما يعزز الاسترخاء بالفعل فعالية إضعاف الإحساس التخيلي النظامي، فقد نُسبت فعاليته للحيوية المدعمة للتخيل، والتي ارتبطت بـ "زيادة الإثارة الآلية وليس إلى الغرض المقصود من الاسترخاء عن طريق الإغراء على استجابة استرخاء فسيولوجية، والتي كانت ضد إثارة القلق (Crask et al., 2008).

وهكذا، ابتعد المجال عن الاتكال على الاسترخاء لمجابهة حالة القلق. أما في أيامنا هذه، فيتم التعرض بطرق عديدة. من بينها استخدام الخيال، كما هو الحال في إضعاف الإحساس النظامي، غير أن ذلك دون اللجوء إلى الاسترخاء. والتعرض الخيالي يكون مناسبًا للغاية للمحفزات التي يصعب معها ممارسة المواجهة في الحياة الواقعية (مثل السفر بالطيارة) أو يتم تخيلها بشكل فطري (مثل الوسواس في حالة الوسواس القهري، أو ذكريات أحداث مؤلمة، أو حالة التوتر الذي يحدث بعد وقوع الأذى). وثمة شكل آخر من أشكال اكتساب الشعبية وهو الحقيقة الواقعة، ومن قوتها أنها تعطي السيطرة على الأنماط الخاصة بالتعرض. وعلى سبيل المثال، فإنه في علاج الكلام أمام العامة، فإن الحقيقة الواقعة بوسعها أن تقدم تعرضًا نظاميًّا لجماهير مستمعة مختلفة الحجم، وردود مختلفة من الجمهور، إلخ. وكتابة التعرض يستخدم أحيانًا في التعرض للأذى لمعالجة التوتر الذي يحدث بعد وقوع الأذى. وأسلوب التعرض في الحياة الواقعية يستخدم بوجه عام لمعظم نوبات القلق. وعلى سبيل المثال، نجد أن الأفراد الذين يعانون من الحصر النفسي يتعرضون لمواقف اجتماعية كما أن الأشخاص الذين يعانون من رهاب الخلاء يتعرضون لمواقف مثل أن يكونوا بعيدين عن البيت. والتعرض للاستنباه الباطني Interoceptive يتضمن التعرض المتكرر والنظامي لأحاسيس جسدية مخيفة، وتنطبق غالبًا على نوبات الإصابة بالذعر (على سبيل المثال، التهوية المفرطة المتكررة للتغلب على المخاوف الناجمة عن الإحساس بقصر النفس والتنميل Parasthesias). وفي كثير من الأحيان يتم الجمع بين أشكال مختلفة من التعرض. وعلى سبيل المثال، كتابة التعرض أو التعرض الخيالي لذكريات الأذى يمكن الجمع بينها وبين التعرض الحقيقي لذكريات مواقع الأذى. وعلى غرار ذلك، التعرض الخيالي لنوبات الحصر عادةً ما يصاحبه تعرض واقعي لمثيرات الاستحواذ، والحقيقة الواقعية لمواقف رهابية عادةً ما يصاحبها تعليمات لممارسة التعرض لمواقف في الحياة الواقعية أيضًا.

وأثناء التعرض، يتم عادةً تشجيع العملاء على اختبار الاستجابة العاطفية الكاملة التي استخلصت دون الانخراط في أشكال تجنب صريحة وأكثر دقة. وإضافة إلى ذلك، فإن إشارات الأمان يتم إزاحتها تدريجيًا لأنه—وكما سبق وذكرنا—يعتقد أن إشارة الأمان تضعف التعلم التصحيحي أثناء التعرض. ويتم التعرض في جلسة تحت إشراف المعالج الذي يقوم بتقديم الإرشادات، والمعلومات، والتدعيم. وفي بعض الأحيان يشكل المعالج في الواقع (و/ أو تعرض للاستنباه الباطني، والذي يفيد على وجه الخصوص عندما يكون العملاء مترددين من ناحية القيام بمهمة التعرض، أو عندما لا يكون العملاء قد أكتسبوا المهارات اللازمة التي تمكنهم من القيام بالتعرض (مثلما يكون الأمر بالنسبة للاقتراب من حيوان ولمسه). وفي هذه الحالة، يضع المعالج النماذج ثم يقلده العميل. والتعرضات التي يوجهها المعالج في الجلسة يتبعها تعرضات ذات توجيه ذاتي تتم بين الجلسات. وعندما لا يكون الأمر عمليًا في التعرض الفعلي أن يتم تحت مراقبة المعالج، يقوم العميل والمعالج معًا بتصميم عملية تعرض واقعي. وفي هذه الحالة يقوم العملاء—عن طريق التخيل— بالتدريب على التعرض الفعلي وذلك في جلسات قبل محاولة القيام بعملية التعرض الفعلي بأنفسهم وذلك بين الجلسات. ثم يقوم العميل بتقديم تقرير في الجلسة التالية لمراجعة تعاونية لما تم تعلمه وكيفية تصميم تدريب التعرض التالي. وفي بعض الأحيان يقوم بعض الأشخاص المهمين الآخرين، مثل الوالدين أو الأزواج أو الزوجات، بالاشتراك كمدربين لممارسات التعرض التي تقام بين الجلسات.

وفي سياق الحصر النفسي، يمكن عمل التعرض بشكل تدريجي من أجل مزيد من الأوضاع التي تثير الحصر النفسي وذلك بشكل تدريجي، أو فيما يتم تطوير معنى التعرض، والتعرض المتواصل لمحفزات عالية لإثارة القلق وثمة دراسات قليلة أثبتت أن التعرض الغامر فعال مثل التعرض المتدرج، وعلى الأقل بالنسبة لأولئك الراغبين

في القيام بتعرض مكثف (على سبيل المثال، Miller, 2002)، مع أن الأمر يحتاج إلى المزيد من البحث المتعاون. والعلاج الغامر، يُستعمل بوجه عام في التعرض للصور الخاصة بالأذى، وذلك بالنسبة للتوتر الذي يحدث بعد حدوث الأذى، والمضمون الاستحواذي في حالات الوسواس القهري، كما أنها تستعمل في بعض الأحيان في التعرض الفعلي للمواقف التي تثير الخوف وذلك بالنسبة لنوبات الذعر والخوف من رهابة الخلاء. والتعرض الغامر من شأنه وبشكل نمطي أن يستخلص مستويات عالية من الإثارة الفسيولوجية، والمحنة الشخصية، وذلك على الأقل أثناء المراحل الأولى من التعرض.

ثم إن القياسات المستعملة لتحديد طول فترة خاصة بممارسة التعرض بسبب نوبات الحصار النفسي قد اختلفت على مدى السنين. والذين يؤيدون نظرية المعاملة العاطفية (Foa & Kozak, 1986) والتي تم وصفها لاحقًا في هذا الفصل، توصي باستمرار تجارب التعرض للفترة المطلوبة حتى تقل نوبات الخوف، لأن انخفاض الخوف يُعد دليلاً على التعلم التصحيحي. وعلى الرغم من ذلك، ومع الإدراك الحديث المتزايد بأن تقليل التعبير عن الخوف في ممارسة معينة للتعرض لا يشكل بالضرورة علامة على التعلم التصحيحي (Craske et al., 2008)، ولقد أوصينا بانتقال من "البقاء في الوضع حتى يقل الخوف "إلى" البقاء في الوضع حتى تتعلم ما تحتاج إلى تعلمه، وفي بعض الأحيان يعني هذا التعلم بأن تستطيع تحمل الخوف".

ونظرية التعرض تُستخدم أحيانًا بالارتباط مع آلات المواجهة، مثل الاسترخاء[6]، أو التنفس البطيء، والتشييد المعرفي، أو إعادة الوصف من الخيال وأدوات التغلب هذه يُقصد بها زيادة الرغبة في الانخراط في العلاج عن طريق التعرض، لتسهيل فعاليته. وكمثال

6. استخدام الاستخدام كوسيلة تغلب تختلف عن الاسترخاء ككيف مضاد في تخفيض الحساسية من ناحية أن الاستخدام الاول يتم تعليمه كوسيلة عامة لتخفيض القلق كما يمارس التعرض، في حين انه في الحالة الاخيرة، يرتبط تطبيق الاسترخاء بشدة للمستويات الجارية للقلق مع الانتقال الواعي المتبادل بين مشهد الخوف المتخيل، والاسترخاء.

على ذلك، فإن الأشخاص الذين يعانون من رهاب الخلاء فقد يتم تعليمهم طريقة للتنفس البطيء عن طريق حركات الحجاب الحاجز، ويتم مساعدتهم على إيجاد مجموعة من التصريحات الذاتية للتعامل مع المستويات المفرطة للتعلق فيما هم يسيرون في مركز تسويق مزدحم. وعلى الرغم من ذلك، وكما ذكرنا بمزيد من التوصيل في فصل لاحق، فإن التي تعزز بها هذه الأدوات حقًا فعالية نظرية التعرض إنما هي غير واضحة.

واتباعًا للمتناقضات الخاصة بنموذج وولب المتعلق بالمنع المتبادل، فقد أثار الباحثون موضوع التعود في الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين (على سبيل المثال، Watts, 1971) باعتباره عملية تفسيرية لإضعاف الحساسية بشكل منظم. ويشير التعود ببساطة إلى انخفاض في قوة الاستجابة مع تقديم محفز متكرر. وعلى الرغم من ذلك، فقد تم النظر إلى التعود تقليدياً على أنه عملية عابرة، بالنظر إلى أن عدم التعود (أو قوة الرد المتزايدة) عادةً ما تتبع التعود. وبناءً على ذلك، ليس من المحتمل أن يكون التعود مسئولاً عن النتائج التي تستمر طويلاً من علاج التعرض.

وقد تم الجمع بين مفهوم التعود مع مفهوم التعلم التصحيحي لشرح نتائج علاج التعرض الخاص بالخوف والقلق في نظرية التعامل العاطفي المعروفة على نطاق واسع والتي قدمها Foa and Kozak (1986)، وقد تم تنقيح النظرية بناءً على ذلك سنة 1996 بواسطة Foa and McNally، وهذه النظرية تعني أن نتيجة العلاج بالتعرض المستمدة من تنشيط "بناء للخوف" ودمج المعلومات غير الكامنة معه، الأمر الذي يؤدي إلى إيجاد "بناء لعدم الخوف" الذي يحل محل الأصلي أو منافسه. وبناء الخوف، بحسب قول Lang (1971)، ما هو إلا مجموعة من الافتراضات عن محفز، واستجابة، ومعناهما الذي يختزن في الذاكرة. وعلى سبيل المثال، فإن بناء الخوف المرتبط بالخوف من

العناكب، قد يتضمن اقتراح محفز عناكب كبيرة، وإجابة مفترضة عن قلب يدق بسرعة فائقة واضطراب في المعدة، وافتراض له مغزاه بتسمم بواسطة العنكبوت. وفهرست التنشيط يضم الخوف، الذي تم قياسه بشكل ذاتي وفسيولوجي.

وما أن يتم تنشيطه، فإنه من المفترض أن يحدث التعليم التصحيحي من خلال دمج المعلومات التي تتنافر مع البناء وقد افترض أن المعلومات المتنافرة مستمدة من مصدرين أساسيين. الأول من خلال جلسات التعود الخاص بالرد الفسيولوجي للخوف و/ أو الرد اللفظي (على سبيل المثال تخفيض من البداية للنهاية لجلسة التعرض) التي تفصل بين المحفز واقتراحات الرد (على سبيل المثال، لا يعود المحفز مرتبطًا بعد مع استجابة الخوف). وقد اعتبر التعود شرطًا لا بد منه للتعود ما بين الجلسات على مدى جلسات متكررة للتعرض (بمعنى تخفيض في قمة القلق من أول جلسة تعرض إلى آخر جلسة). والتعود بين الجلسات من المفترض فيه أن يكون أساسًا لتعلم طويل الأمد، ويتم التفكير فيه بواسطة التغييرات في معنى الافتراض، وذلك في شكل احتمالية منخفضة للأذى (أي، المخاطرة) وتقليل السلبية (أي التكافؤ) للمحفز. ومن الواضح أن نظرية التعامل العاطفي كانت ترشد المعالجين إلى رؤية مستوى الخوف الذي يتم التعبير عنه طوال فترة التعرض كعلامة على التعلم. وعلى ذلك، فإن المعالجين الذين يمارسون العلاج عن طريق التعرض تم إرشادهم لمساعدة العملاء في المكان الذي يخيفهم إلى أن يقل خوفهم. وعلى الرغم من ذلك، فإنه لا يُوجد دليل كافٍ أن التعود أثناء الجلسة له دور في النتائج الإجمالية من العلاج عن طريق التعرض، وعلى ذلك، تُطرح الأسئلة الآن على فرضيات نظرية التعامل العاطفي (Craske et al., 2008).

ولقد ذكرنا منذ عهد قريب أن العلاج عن طريق التعرض يعمل عن طريق استخلاص مجموعة جديدة من التوقعات الكامنة في التوقعات

الأصلية القائمة على الخوف. ولهذا، فإن معنى ذلك هو، أن العلاج عن طريق التعرض يفضل أن يصمم بطريقة تزعزع إلى أقصى حد توقع النتائج السلبية، أو تسهم في التوقعات الكامنة بأن النتائج السلبية لن تحدث، وأنها ليست على هذا النحو من السلبية المتوقعة (Craske et al., 2008). وعلى سبيل المثال، تخاف المرأة من أن يصيبها الإغماء إذا قادت سيارتها لأكثر من خمسة أميال من بيتها. وفي هذه الحالة، فإن التعرض لقيادة السيارة لأكثر من خمسة أميال من البيت ستكون الطريقة المثلى لزعزعة توقعها بأن تصاب بالإغماء. وإذا كان التعرض هو القيادة لأقل من خمسة أميال من البيت، فإن توقعها بأنها ستُصاب بالإغماء سيظل دونما تغيير. ومن الجلي أن هذا النهج يتطلب تحليلاً دقيقًا للتوقعات. فإذا كان الحديث المقيت هو الخوف نفسه كما يحدث كثيراً في حالة نوبات القلق، هنا يجب تصميم تجارب التعرض لكي تستمر أطول من الفاصل الزمني (أو عدد التكرارات) الذي يُحكم فيه أن الخوف أصبح لا يحتمل. ويختلف هذا النهج الخاص بالعلاج عن طريق التعرض إلى درجة كبيرة في نموذج التعود الذي يشجع على البقاء في التعرض إلى أن يقل الخوف. وبدلاً من ذلك، فإنه يتناغم بالأكثر مع نظريات التقييم التي تعتبرالعلاج عن طريق التعرض وسيلة لجمع المعلومات لدحض التقييمات السيئة. ونحن في العلاج المعرفي نسمي هذا "تجارب سلوكية". وعلى الرغم من ذلك، فإنه بالتناقض مع نماذج التقييم المعرفي، والتي تستهدف معارف محسوسة، يرى (Craske et al., 2008) أن التوقعات المانعة الجديدة قد تطور بشكل ضمني من خلال اختبار التعرض.

ونظرية التعرض لا تعلم مهارات، وعلى ذلك، لا تكون مناسبة عندما يتعلق القلق بصفة مباشرة بنقص المهارة، كما يحدث في بعض الأحيان في القلق الاجتماعي، أو حالات الرهاب من مواقع معينة تتطلب مهارات (على سبيل المثال، الخوف من السباحة في البحر بالنسبة للشخص الذي لم يتعلم السباحة). وبالنظر إلى أن التعرض

عادةً ما يثير مستويات عالية من القلق عند نقطة ما، فلا يُنصح به بوجه عام في الحالات المرضية المعقدة التي يتولد عنها مستويات عالية من الإثارة اللا إرادية والتي يمكنها أن تحدث ضررًا (على سبيل المثال، حالات معينة في عدم التناغم أو داء الربو الحاد)، وخفض الحساسية بشكل نظامي قد يتم اللجوء إليه في هذه الظروف. وبسبب احتمال حدوث مستويات عالية من القلق، هنا سيتم الاهتمام بحالة الندم الناشئ عن الخوف، ولا سيما إذا حدث هذا الندم بعد التعرض المبدئي، وقبل أن تكون فوائد التعرض قد تحققت، والندم النابع عن الخوف عقب تعرض لفترة وجيزة قد يولد الحساسية. وهكذا، يجب أن يولى اهتمام كبير لمعقولية التعرض والاستعداد له. ثم إن التدعيمات المحيطة لسلوك التجنب (على سبيل المثال، اهتمام أشخاص آخرين لهم أهميتهم بتجنب الرهاب من الأراضي الفضاء) وقد يتّبع لمواجهة أغراض علاج التعرض، ويجب تقييمه والتعامل معه عندما يكون الأمر مناسبًا لتقليل التخريب غير المقصود إلى أدنى حد ممكن. وهناك علامة أخرى على العلاج الخطأ، وذلك عندما يكون التعرض لمواقف مؤذية بالفعل، مثل التعرض لشخص مؤذ جسدياً. ثم إن التعرض قد يكون ممنوعًا بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من اضطراب عقلي، أو العته ولا سيما عندما يكون التجنب السلوكي لأوضاع معينة متناغمًا بالنسبة لهم. وعلى النقيض من التنشيط السلوكي، يمكن الجمع بين العلاج عن طريق التعرض والعلاج المعرفي.

منع الاستجابة

منع الاستجابة يشير إلى إحباط سلوكيات التجنب بوجه عام، بما في ذلك إشارات الأمان، والسلوكيات التي تنشد الأمان، على الرغم من أن المنهجية الواضحة مرتبطة بشكل وثيق جدًّا لمنع السلوك القهري في معالجة اضطرابات الوسواس القهري. والأمر الاساسي هو أن العملاء يُمنعون من تنفيذ طقوسهم الإلزامية المعتادة فيما يواجهون

الهواجس التي تستبد بهم، أو الأمور التي تثير هذه الهواجس. وقد وضع هذا الإجراء كل من Rachman and Hodgson ،Meyer (1966) (1980)، والذين لاحظوا أنه عندما يتعرض العملاء لإشارات تدل على هواجس تستبد بهم، وفي نفس الوقت يُمنعون من الانخراط في الشعائر—هنا يقل في النهاية ما ينتابهم من قلق. وقد شجعت هذه الملاحظة الجمع بين العلاج عن طريق التعرض ومنع الاستجابة في علاج الوسواس القهري. وعلى سبيل المثال، قد يُطلب من العملاء أن يلمسوا شيئًا يُنظر إليه على أنه ملوث، مثل مقبض أحد الأبواب، وبعد ذلك يمنعون أنفسهم من غسل أيديهم. وأشار البحث إلى أن الجمع بين التعرض ومنع الرد أفضل من العلاج عن طريق التعرض وحده وذلك بالنسبة لمرضى الوسواس القهري (على سبيل المثال، .(Foa, Steketee, Grayson, Turner, & Latimer, 1984

وتبدا طريقة منع الرد بإقامة علاقات وظيفية بين الوساوس والقهر، مع الحرص الشديد على النواحي القهرية السرية والعلنية. ومن أمثلة القهر هي تنظيف الأدوات أو الأقفال ومراجعتها، في حين أن القهر السري يتضمن المراجعة العقلية للأفعال على مدى الأسبوع الماضي، أو التفكير في كلمات أو عبارات معينة. وبعد ذلك، يُعطى العملاء علاجًا عاديًا لمنع القهر فيما يتعلق بالوساوس. وقد أُليت عناية للتمييز بين منع النواحي القهرية من محاولات منع الوساوس، لأن هذا الأمر الأخير يعوق الإنتاج. وعندئذ يتم البدء في العلاج بالتعرض ومنع الرد.

ومنع الرد، في صيغته الأولى تم تنفيذه في وضع قليل الاحتمال مع مراقبة مستمرة من قبل هيئة التمريض التي منعت العملاء بالفعل من تنفيذ طقوسهم. وعلى الرغم من ذلك، فإن مطالبة العملاء بتقليص شعائرهم يُعد أمرًا فعالاً، وعلى الأقل للحالات القهرية الأقل قسوة. ويمكن عمل منع الرد بشكل تام أو بشكل تدريجي. وثمة مثال لمنع الرد الكامل بالنسبة للنواحي القهرية المتعلقة بالإفراط في الغسل وهو ألا

يتم الغسل بشكل تام لمدة أسبوع بأكمله. وبرغم ذلك، فإن الرد بالمنع الكامل أمر صعب، ما لم يكن في بنية داعمة جيدة الإنشاء، نجد أن منع الرد كثيراً ما يتم بشكل تدريجي (على سبيل المثال، تخفيض عدد الدقائق التي تقضى تحت "الدش" كل يوم).

ومنع الاستجابة يتم به على مستوى العلاقة الوظيفية القائمة بين الوساوس والناحية القهرية—أن الوساوس تثير القلق، وأن الناحية القهرية تقلل القلق. ثم إن آليات التعود والدعم يُفترض أنها تسهم في فعاليتها. أي أنه، بمنع النواحي القهرية يحدث التعود بالنسبة للوسواس. ثم إنه، بالنظر إلى أن النواحي القهرية تميل إلى (ولكن ليس دائمًا) تخفيف القلق، فهي تدعم بشكل ذرائعي ومن المحتمل بالأكثر أن يكرر على مدى الزمن، أما منعها فيوقف هذه الدائرة ذاتية الديمومة. وهكذا، فإن الهدف هو أن يتعلم العملاء أنه سيتم التعود على القلق دون الحاجة إلى الاعتماد على النواحي القهرية يبقي على القلق على المدى الطويل. ومنع الاستجابة على هذا النحو قد يكون من المناسب وصفه كاستراتيجية دعم وقائمة على المهارة وليس كاستراتيجية قائمة على الإبادة. وبرغم ذلك، فإنه منذ عهد قريب، استُخدمت آليات للإبادة أيضًا، لأنه بمنع الإكراه يتعلم العملاء أن الأحداث الكارثية التي يخشونها لا تحدث. وعلى سبيل المثال، العملاء الذين لديهم وسواس أنهم سيؤذون شخصًا يحبونه يتعلمون من خلال التعرض للوسواس والرد المتمثل في منع السلوكيات القهرية أنهم في حقيقة الأمر لا يؤذون من يحبونهم، وعلى ذلك، تتولد فيهم توقعات كبح جديدة. وعلاوة على ذلك، من المحتمل أن يؤدي إنجاز التعرض ومنع الرد ان يرفع من الفاعلية الذاتية. أما على مستوى التقييمات المعرفية الواضحة، فقد يؤدي منع الرد أيضًا إلى تقييمات سلبية أقل من الوساوس (على سبيل المثال "إذا طرأ على فكري أني سأعمل شيئًا داعرًا، فهذا لا يعني أني داعر").

وبرغم من أنه كثيراً ما يُشار إليه في سياق السلوكيات القهرية، فإن أية نوعية من سلوك التجنب يمكن أن يكون استجابة قد مُنعت في سياق علاج التعرض بالنسبة لأية اضطرابات خاصة بالقلق. وعلى ذلك، فإن الاعتماد على إشارات الأمان، أو السلوكيات التي تبحث عن الأمان بشكل نمطي استجابة تم منعها. وهكذا، فإن نفس هذه الإشارات العكسية والتي وُصفت بأنها علاج عن طريق التعرض تنطبق على منع الاستجابة. وإلى جانب هذا، فإن من المتفق عليه بوجه عام أن المنع الكامل للاستجابة أكثر فعالية من المنع الجزئي للاستجابة، وبرغم ذلك، فإن المنع الكامل للاستجابة أكثر صعوبة من ناحية التنفيذ على أساس العلاج الخارجي للمرضى، والوسواس القهري الشديد قد يستفيدمن العلاج اليومي المكثف، أو أوضاع العلاج الداخلي، حيث يمكن تنفيذ استجابة المنع الكامل بمزيد من السهولة. ثم إنه بوسع أفراد العائلة أن يشتركوا في العلاج وتشجيع استجابة المنع، في البيئة المنزلية، وهذا امر نافع بصفة خاصة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من الوسواس القهري.

الاستراتيجيات القائمة على المعرفة

تم الحديث عن ثلاثة أساليب للتقييم المعرفي، حيث الاستراتيجيتان الأوليان يشكلان أكثر من مجرد استراتيجية بل يشكلان بالأحرى أسلوباً علاجيًّا كاملاً. أما الآليات التي تشكل أساس هذين الأسلوبين فقد عرضنا لهم بالتفصيل في الفصل الثالث، ولذلك، لم نعرض لهما هنا.

علاج سلوكي منطقي- عاطفي

معالجو السلوك العقلاني—العاطفي يعلّمون العملاء أن يتحدوا أفكارهم غير المنطقية بشكل مباشر، على الرغم من الخطوات المحددة التي من خلالها يتم ذلك أقل معيارية من الكثير من الاستراتيجيات

السلوكية والمعرفية الأخرى. وعلى وجه العموم، تتضمن الخطوة الأولى إقناعًا لفظيًا الهدف منه إقناع العملاء بمعتقد العلاج السلوكي العقلاني العاطفي. وفيه يتم مساعدة العملاء على إدراك أنه ليست الأحداث ذاتها بل أساليب التقييم والتفكير هي التي تؤدي إلى المحنة العاطفية. كما يتم تعليمهم عن المعتقدات العقلانية في مواجهة المعتقدات غير العقلانية، حيث وُصفت هذه الأخيرة على أنها جامدة ومتطرفة، ولا تتناغم مع الواقع الاجتماعي، وغير منطقية وتنزع إلى مشاعر تتسم بالاختلال الوظيفي، ولها نتائج سلوكية تتسم أيضًا بالاختلال الوظيفي، وكثيرة المطالب، وتستهل مطالبها بالفعل "يجب"، وتنحو إلى إثارة الرعب والفزع، وتقلل من قيمة الإنسان (Ellis, 2003). أما الخطوة التالية فهي التعرف على الأفكار غير الطبيعية الخاصة من خلال مراقبة العميل لنفسه والمعلومات التي يقدمها المعالج. وعلى ذلك، يتحدى المعالج بشكل مباشر الأفكار غير العقلانية ويصيغ إعادة تفسير عقلانية للاحداث. والجدل قد يتضمن التشكيك في الدليل الخاص بالمعتقد، أو فائدة تبني هذا المعتقد، ويبني النتائج الكارثية التي استُخلصت عن المواقف، أو أن يوضح، من خلال المنطق أن هذا المعتقد غير منطقي. وفي بعض الأحيان يكون التركيز على صيغة المعرفة وليس على مضمونها، مثلما يحدث عند تشجيع العملاء على أن يغيروا العبارات التي تستهل بكلمة "يجب" إلى عبارات تبدأ بكلمة "قد". والجدال اللفظي أحيانًا يتم تكميله بجدل خيالي وتدريب معرفي متكرر يرمي إلى استبدال العبارات المعقولة الذاتية بدلاً من العبارات السابقة غير العقلانية.

ويُقصد بهذه المهارات أن يُضفى عليها سمة ذاتية بواسطة العملاء الذين يتم تعليمهم التعرف على معتقداتهم غير العقلانية وأن يدحضوها بقوة، وذلك من خلال استراتيجيات مثل طرح السؤال أين هو الدليل التجريبي بالنسبة لمعتقد معين (على سبيل المثال، "ما هو الدليل على أن المرء يجب أن يؤدي بشكل جيد في كل الأوقات"؟).

وإلى جانب ذلك، يتم تعليمهم الجدل المنطقي (على سبيل المثال، "هل معنى هذا انه إذا كانت لديَّ رغبة في أن أعمل حسنًا، فلا بد عليَّ أن أعمل حسنًا"؟) والجدل البراجماتي أو الذي يساعد على الكشف (على سبيل المثال، ما الذي سيصبح عليه الحال إذا واصلت الطلب بدلاً من أفضل أن أعمل حسنًا)، وتغير العبارات التي تبدأ بالفعل "يجب" إلى عبارات تبدأ بكلمة "من المفضل"، ووضع أهداف دون رفعها إلى طلبات غير واقعية وغير منطقية. وهناك استراتيجيات أخرى تتضمن عبارات واقعية مفحمة، وتصور إيجابي، وتحليل لتكلفة الفائدة، وصياغة، وقبول غير مشروط للذات، وحل المشاكل بطريقة عملية (Ellis, 2003). وكما يمكننا مشاهدته، فقد استُعمل عدد من الاستراتيجيات المختلفة في العلاج السلوكي العقلاني العاطفي، غير أن المباديء المرشدة في كل استراتيجية يكون عليها أن تغيِّر المعتقدات غير العقلانية إلى معتقدات أكثر عقلانية.

أما تكليفات المهام المنزلية فتتضمن مراقبة الذات بالنسبة للسوابق الماضية، والمعتقدات، والنتائج، محاولات الجدال اعتمادًا على النفس، والتكليفات السلوكية للتدريب على التعامل مع المواقف التي اعتاد العميل أن يراها صعبة. ومن أمثلة التكليفات السلوكية التدريبات على مهاجمة الخزي، والذي يتم فيه تشجيع العملاء على القيام بعمل سخيف ويكون ذلك علانية (على سبيل المثال، الصياح في منطقة عامة، أو ارتداء ملابس متنافرة) لكي يتعلم أنه لن يؤدي هذا إلى كارثة.

ومن المصاعب التي يواجهها أسلوب العلاج السلوكي العقلاني العاطفي العمل الناجم عن فكر غير عقلاني. ولقد اتفق Haaga and Davison (1993) على أن تعريف ما هو عقلاني يتضمن أخلاقيات وقيمًا. وقد ذكرا أن أخلاقيات إيليس كانت تقول إنه يجب على الناس أن يعيشوا حياة طويلة وسعيدة، وعليهم أن يصلوا إلى الحد الأقصى لشخصيتهم، وحريتهم، واهتمامهم بأنفسهم، والسيطرة على الذات بدلاً

من الخضوع لسيطرة الآخرين. وما يجدر ذكره، أن هذه الأخلاقيات لا تتناغم مع القيم الجماعية لكثير من الثقافات ومن بينها الآسيوية، واللاتينية، والعربية. ولذلك فإن العلاج السلوكي العقلاني العاطفي قد يكون أقل حساسية من الناحية الثقافية عن صيغ أخرى من العلاج المعرفي.

العلاج المعرفي

يستهدف Beck (1993) المعتقدات ذات الخلل الوظيفي والمعلومات الخاطئة والتي تعمل من خلال التطبيب التجريبي التعاوني، والذي فيه يعمل العميل والمعالج معًا للتعرف على الاخطاء في التفكير وتصنيفها وتقييم الدليل، وابتكار افتراضات بديلة أكثرواقعية. ومن الناحية النمطية، يبدأ العلاج المعرفي بمناقشة عن دور الأفكار في إيجاد العواطف. وهذا يتضمن مناقشة كيف تسهم الأخطاء المعرفية في إساءة فهم الوضع. وإساءة الفهم هذه يتم إبرازها على أنها المصدر الرئيسي للمحنة العاطفية. وعلاوة على ذلك، يتم مساعدة العملاء على معرفة كيف أن سوء الفهم يؤدي إلى خيارات سلوكية والتي بدورها تضاعف المحنة وتؤكد سوء التقدير، وتسهم في دائرة ترميم نفسها. والعلاج العقلاني لاستهداف الأفكار التي أسيئ تكييفها في حد ذاتها فيما تتفق المشكلة بشكل طبيعي من هذه المناقشة.

وبعد ذلك، يتم التعرف على الأفكار أنها افتراضات وليست حقيقة، وعلى ذلك، فهي عرضة للتساؤل والتحدي. وهذا هو الأسلوب المعرفي للتحفظ، أو قدرة المرء على النظر إلى أفكاره بمزيد من الموضوعية ولعمل الفرق بين "إني أعتقد" و"إني أعرف". والرقابة الذاتية بالتفصيل، والسهم المتجه إلى أسفل والخاص بالعاطفة والمعارف المرتبطة قد وُضعت للتعرف على معتقدات، وتقييمات وافتراضات معينة. واتخاذ مفهوم عالم شخصي، يعطي الأشخاص قدرة على أن يصبحوا مراقبين على تحيزاتهم المعرفية، وأن يكونوا راغبين

في التفكير لبدائل لأحكامهم. وما أن يتم التعرف على المعارف ذات الصلة، إلا ويتم تصنيفها إلى نوعيات من الأخطاء، بما في ذلك التفكير الثنائي، والاستدلال الاصطناعي، والإفراط في التعميم، والتضخيم، بين أمور أخرى. وعملية التصنيف أو تبويب الافكار تتناغم مع نموذج العالم الشخصي وتشمل المنظور الموضوعي، والذي يمكن بواسطته تقييم الأفكار.

ويستخدم المعالجون أسلوب سقراط في طرح الأسئلة لمساعدة العملاء عمل اكتشافات موجهة، ويفحصون أفكارهم. وإذا أصر العميل على أنه لا يستطيع الحياة دون شريكه، قد يرى المعالج أن يحث العميل بلطف أن يسأل نفسه هل كان يعيش قبل الدخول في هذه الشراكة. وهذا الأسلوب التجريبي المنطقي يطبق اعتبارات عقلانية على الدليل القائم، بما في ذلك الدليل الذي تم تجاهله، والمعطيات التاريخية، وتفسيرات بديلة للأحداث. وكمثال لذلك، قد يسأل المعالج العميلة التي تخشى الموت نتيجة نوبات الذعر التي تهاجمها أن تفكر في عدد المرات التي تملكها الرعب والنتيجة التي حدثت في كل مرة.

وتتضمن الاستراتيجيات السلوكية مواعيد نشاط واضحة، ومهام متدرجة ترمي إلى توفير التفوق والنجاح، والتجارب السلوكية يُطلق عليها أيضًا اختبارات فرضية. وفي التجارب السلوكية يوافق العميل والمعالج على اختبار صحة فكر معين بواسطة جمع المعلومات التي تقدم الملاحظة والاختبار، إلى جانب التجربة. ولكي تنجح التجربة السلوكية، يتم توضيح السلوكيات، والأحوال، والفكر السلبي بكل جلاء حتى يستطيع العملاء أن يختبروا افتراضاتهم بشكل تام ويقيّمون ما إذا كانت قد تأكدت نتيجة المعلومات التي استُخلصت من التجربة. ومراجعة النتائج أمر له أهميته، ولا سيما لتجنب إهمال النتائج على أساس العواطف. وعلى سبيل المثال، نجد أن الناس الذين يؤكدون أن الآخرين سوف يتصرفون بسلبية إذا طلبت منهم توجيهات قد

يُطلب منهم اختبار افتراضاتهم وذلك عن طريق طلب التوجيهات من عشرة أشخاص مختلفين وذلك في منطقة تسويق محلية. والدليل الذي جُمع في هذه التجربة سوف يستعمل لدحض التصريحات الذاتية بعدم القدرة على تلقي توجيه نافع من الآخرين. ومن الجلي، أن التداخل مع التنشيط السلوكي، وحل المشكلة، والإجراءات القائمة على أساس التعرض، أمر واضح، على الرغم من أن آليات مختلفة من العمل قد استُخدمت في كل استراتيجية. والخطوات السلوكية—في العلاج المعرفي—قد وُضعت بحيث تجمع البيانات التي تتحدى الاخطاء في التفكير وتولد المزيد من التفكير القائم على الدليل لإيجاد سلوكيات جديدة من شأنها أن تساعد على مواجهة المعتقدات الموجودة.

والمعالج، طوال العلاج المعرفي، يشكل باستمرار مهارة طرح الأسئلة السقراطية، وذلك بطرح الأسئلة أو وضع فاصلة بين التقييم والدليل. أما أساليب تعزيز النتيجة، مثل استخدام الأسلوب المجازي (أن يطلب من العملاء أن يتخيلوا أنفسهم أنهم يواجهون وضعًا مخيفًا) تستخدم أحيانًا لتقوية العاطفة، وتسهيل معرفة الاستجابات العاطفية التي كانت في السابق بعيدًا عن الوعي، والوصول إلى المعتقدات الاساسية التي تم الاستناد إليها، وإعادة بناء الشبكات المعرفية—العاطفية، وتعديل الاستجابات العاطفية التي تم تبنيها بشكل خاطئ (Greenberg & Safran, 1989).

وهناك استراتيجية أخرى وهي القيام بعكس الدور الذي يلعبه حيث يتبنى العميل دور شخص لديه معتقدات مختلفة عن معتقداته، في حين يقوم المعالج بدور شخص لديه معتقدات تم التكيف معها بشكل خاطئ، وهنا يقوم العميل بمساعدة المعالج على إيجاد معتقدات بديلة. وفي بعض الأحيان يُستخدم التشكيل قبل القيام بالدور، وعلى وجه الخصوص مع الاطفال. أما المعالجون فيغيرون صراحة بالالفاظ عن التقييمات المختلفة لوضع ما، وعلى العميل عندئذ أن يقوم بتقليد المعالج.

وعلى أساس التجربة المنطقية والبيانات المستخلصة من التجارب السلوكية، توضع افتراضات بديلة قائمة على المزيد من الأدلة. وعلى سبيل المثال، الشخص الذي يسيء تقدير نوبات الذعر على أنها خطيرة من الناحية البدنية عليه أن يكوّن تقييمًا بديلاً بأن نوبات الذعر تمثل تغييراً محددًا من الناحية الفسيولوجية ولكنها ليست مؤذية. وإما أن الشخص الذي أساء تقييم عبوس الوجه على أنه علامة أنه قد تعرض للسخرية قد يكوّن تشكيلة من التقييمات البديلة للعبوس على انه عادة، أو نتيجة تعب، أو سوء فهم، او اهتمامات ليست لها علاقة بالحديث أو الخلاف. وإلى جانب التقييمات السطحية (على سبيل المثال، "الشخص يعبس في وجهي لأني أبدو سخيفًا") فإن المعتقدات أو الخطط الجوهرية (على سبيل المثال "إني لست قويا بما يكفي لتحمل أية محنة أخرى"، أو "إني لست محبوبا") تم تحديها واستُبدلت أخيراً بخطط أقل اختلالاً من الناحية الوظيفية.

أما المهارات التي يعلمها المعالج، فالقصد منهاأن يضفي عليها العملاء سمة ذاتية فيتعلمون أن يتصرفوا على أنهم يتبعون النهج التجريبي، ويجمعون كافة الأدلة المتاحة وذلك لتقييم أحكامهم بالنسبة لوضع معين. وهم يتعلمون مهارة طرح الأسئلة السقراطية بالنسبة لردود افعالهم، وذلك باستخدام أمثلة مثل:

- ما هي وجهات النظر المقبولة الأخرى التي بوسعي تبنيها بالنسبة لهذا الموضوع؟
- ما هو الدليل الواقعي الذي يدعم أو يدحض معتقداتي؟
- ما هي مزايا وعيوب الاستمرار في رؤية الأمور بالطريقة التي أراها بها، أو رؤيتها بشكل مختلف؟
- ما هو العمل البناء الذي بوسعي اتخاذه للتعامل مع معتقداتي؟
- ما هي النصيحة المخلصة التي أقدمها لصديق مخلص في إطار نفس المعتقدات؟ (Newman, 2003).

والعملاء، من خلال التدريب، يتعلمون أن يكونوا أكثر حرصًا ووعيًا بآليات التصفية التي لديهم ويعوضونها بأن يفكروا مليًّا وبشكل سليم في نواحي من بيئتهم والتي كان عليهم أن يتجاهلوها في السابق.

التدريب على التعلم الذاتي

التدريب على التعلم الذاتي كان من أفكار Meichenbaum (1977)، والذي جمع بين نموذج إيليس عن الحديث غير العقلاني مع الذات، مع معرفة النتيجة التنموية والتي ينمي بواسطتها الأطفال كلامًا ذاتيًّا وسيطرة لفظية على سلوكهم. وفي تدريب التعليم الذاتي يتم تعديل الحوار الذاتي بحيث يتضمن التغلب على المشكلات، والاقوال الموجهة الخاصة بالمهمة، وذلك في مواجهة من يضايقونهم. وقد تم تعريف أربع نوعيات من الأقوال الذاتية: الاستعداد، المواجهة، التغلب على المشكلات، والتدعيم، والتدريب على تعليم الذات يتضمن تدريب العملاء أن يصبحوا أولاً على وعي بالحالات العاطفية التي تتولد عن المواقف الضاغطة حتى تصبح تلك الحالات إشارة إلي الانخراط في تعليم ذاتي مناسب. وعندئذ يتعلم العميل أن يصبح مدركًا من الأقوال الذاتية التي تكيف معها بالخطأ (على سبيل المثال: "لا أستطيع التعامل مع هذا"). وبعد ذلك، يشكل المعالج سلوكًا مناسبًا فيما يضع استراتيجيات عمل فعّال في كل من الاستراتيجيات الأربع. وهذه - على وجه الخصوص - تتضمن تقييمًا لمتطلبات المهمة (أي تجهيزًا)، وتعليم الذات الذي يوجه أداء متدرجًا (أي: مواجهة)، وأقوال ذاتية تشدد على الكفاية الذاتية، ومواجهة مضادة للقلق (أي التغلب على المصاعب)، وتدعيم ذاتي سرّي من أداء ناجح (أي: تدعيم). وعند ذلك، يؤدي العميل السلوك المستهدف، فيما ينطق التعليمات الذاتية بصوت عال، ويكرر ذلك ثانية في الوقت الذي يتدرب عليها فيه سرًّا. والمعلومات التي يقدمها المعالج تساعد على التأكيد على أن حل المشاكل بطريقة بناءة، والحديث مع الذات يحلان محل التقييمات السلبية الماضية.

العلاج السلوكي العاطفي العقلاني، والعلاج المعرفي، والتدريب على التعليم الذاتي، هذه كلها اعتُبرت مفيدة على وجه الخصوص بالنسبة للمرضى الذين يجدون صعوبة في دمج الخبرات الإيجابية في الطريقة التي ينظرون بها إلى أنفسهم، وحياتهم ومستقبلهم. وهذه الاستراتيجيات تُعد فعَّالة أيضًا بالنسبة للأفراد الذين تقوم عواطفهم وسلوكياتهم على افتراضات خاطئة عن أنفسهم، وعالمهم، أو مستقبلهم (Newman, 2003). ولا يجب أن تُجرى العلاجات المعرفية بمعزل عن الاستراتيجيات السلوكية، وذلك عندما يتم تبني السلوكيات والمعارف أو العواطف التي يتم التكيف معها بشكل خاطئ عن طريق نماذج للدعم تم التكيف معها بشكل خاطئ (على سبيل المثال، تدعيم لمن تعاطي المخدرات) أو عندما يكون هناك نقص في المهارات (على سبيل المثال، مهارات جازمة).

وتتناغم الاستراتيجيات المعرفية بشكل وثيق مع قيم التفكير العقلاني في أوروبا وأمريكا الشمالية. وكما ذكر Hays and Imawasa (2006) التشديد على المعرفة، والمنطقي، والمهارات اللفظية والتفكير العقلاني بوسعه أن يقلل من الناحية الروحية في الكثير من الثقافات. ويتعلق بذلك تأكيد الاستراتيجيات المعرفية على علاقات اختزال قاعدة السبب والنتيجة. وعلى النقيض من ذلك، نجد أن معتقدات الثقافة الأسيوية، على سبيل المثال، تؤكد التوازن، وتقييم النظم على أساس ديني، والأسباب غير المباشرة للأحداث. وهكذا، فإن العميل الذي ينتمي إلى ثقافة مختلفة قد يأخذ في حسبانه أسبابًا إضافية بالنسبة للاحداث التي لا تكون واضحة بشكل مباشر للمعالجين في أمريكا الشمالية وأوروبا، وعلى ذلك فمن المحتمل أن تضعف محاولة هؤلاء الأخيرين فيما يتعلق بإعادة البناء المعرفي. وثمة موضوع آخر وهو موضع السيطرة، والذي يميل إلى أن يكون داخليًا أكثر مما هو خارجي

لدى القوقازيين، وخارجيًا أكثر مما هو داخلي في الكثير من الثقافات الأسيوية، حيث يُحكم على أحداث معينة بأنها ليست لها علاقة بأعمال المرء. وهكذا، ما قد يحكم عليه المعالج بأنه "نتيجة منطقية" قد لا يتناغم مع معتقدات العميل. والحساسية الثقافية للاستراتيجيات المعرفية تعني أن المعالجين قد اصبحوا على معرفة بقيم العميل الثقافية ومعتقداته، وهذا أمر يجب تحقيقه من خلال التحليلات الوظيفية.

تطبيقات

لتوضيح المدى والجوانب المتعددة للعلاج السلوكي المعرفي، نقدم تطبيقات هذا العلاج بالنسبة للمرضى الذين يعانون من القلق، والاكتئاب، ومعاقرة الخمر، ونهم الأكل العصبي.

اضطراب القلق

المثال الأول هو تطبيق العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة لنوبات القلق وبصفة عامة الذعر ورهاب الخلاء (على سبيل المثال، Craske & Barlow, 2008). كانت سارة تعاني من نوبات الذعر لسنوات عديدة. وكانت تخشى البقاء بمفردها خوفًا من أن تنتابها نوبة قلق يكون من شأنها أن تتوقف عن التنفس ومن ثم تموت. وبناءً على ذلك، فإنها نادرًا ما كانت تغادر بيتها بمفردها. وعندما كانت تفعل ذلك كانت تأخذ معها عددًا من "الأشياء الخاصة بالأمن" مثل الأدوية المضادة للخوف، وقائمة من أرقام التليفونات ومواقع المراكز الطبية. وقد أجرى تحليل وظيفي من ناحية أن معرفتها عن الموت، وأعراضها البدنية الخاصة بضيق التنفس، والإصابة بالدوار، وسلوكها من ناحية تجنب البقاء وحدها والاتكال على وسائل السلامة قد أسهم كل منهما في حدوث الآخر وفي اختبار الذعر والقلق. وإضافة إلى ذلك، استطاعت سارة أن تصف السياقات التي من المحتمل أن تحدث فيها هذه النوبات، وتلك التي تحدث أثناء سفر زوجها (حيث كانت

تشعر بمزيد من الخوف لكونها لوحدها) وعندما كان يصيبها الإجهاد العصبي (عندما كانت تشعر بقلق متزايد من ناحية ضيق التنفس). وقد استخلصت خطة العلاج من هذا التحليل الوظيفي. لقد بدأ العلاج بدراسة نفسية عن طبيعة الخوف والقلق لتصحيح مفاهيم سارة الخاطئة عن الموت أثناء نوبات الذعر التي كانت تنتابها. وعلاوة على ذلك، بدأت تقوم بمراقبة ذاتية لنوبات القلق اليومية، ونوبات الذعر، وكمية الوقت الذي كانت تقضيه وحيدة كل يوم.

وبعد ذلك، تعلمت سارة كيف تبطئ عن طريق الحجاب الحاجز من التنفس كوسيلة لمساعدتها للتعامل مع الإحساس بضيق التنفس، والقلق بوجه عام، وكذلك كوسيلة لتشجيعها للتعرض بعد ذلك لمواقف وأحاسيس تبعث على الخوف. ثم تم البدء في إعادة التشييد المعرفي، بداية من مساعدتها على التعرف على تقييمها لنوبات الذعر، وعلى وجه الخصوص، شعورها بأن ضيق التنفس والدوار سوف يشتدان، وصل إلى النقطة التي لم يعد بإمكانها التنفس، الأمر الذي يفضي في النهاية إلى موتها. ومن خلال الأسئلة السقراطية، تمت مساعدة سارة على أن تعتبر أفكارها مجرد افتراضات يجب تقييمها من خلال ما لديها من دليل، وهو أنه سبق لها أن اختبرت هذه المشاعر في مناسبات كثيرة من قبل ولكنها لم تمت. وعلى الرغم من ذلك، فإن محاولاتها تقييم هذه المشاعر على أساس من الأدلة تعطلت نتيجة انتهاج سلوك التجنب الذي اتبعته والذي منعها من جمع المعلومات لكي تقضي على خوفها من الموت. أي أنها بتجنبها البقاء لوحدها خارج البيت، فإنه لم تتح لها الفرصة لكي تعرف أنها لن تموت من نوبات الفزع. وهكذا بدأت تخضع لعلاج التعرض.

وعلاج التعرض كان يستهدف مخاوفها من أحاسيسها الجسدية (أي، ضيق التنفس، والدوار). وعلى سبيل المثال، فمن خلال التعرض المتكرر للمنبهات الباطنية، إلى تدريبات حبس الأنفاس

والتهوية المفرطة، أدركت سارة أن ما ينتابها من مشاعر ناجمة عن ضيق التنفس والدوار لا تؤدي إلى نتائج مؤذية، بل يمكن تحملها. والتعرض للمنبهات الباطنية كان يتم في جلسة تحت توجيهات المعالج، ثم يتم التدريب عليها في البيت، أولاً، عندما يكون زوجها موجودًا، وبعد ذلك عندما تكون لوحدها. وعلى غرار ذلك، ومن خلال التعرض الواقعي وبشكل متدرج لفترات من الزمن تكون فيها بمفردها وخارج البيت. أدركت سارة أن أحاسيسها هذه لا تهدد الحياة حتى في الأوضاع التي كانت تخشى فيها للغاية أن تنتابها نوبات الفزع، بل إنها وبشكل تدريجي تخلت عن الأشياء التي كانت تشعرها بالأمن (أدوية، وقوائم بأرقام تتصل بها في حالة الطوارئ). وقد توسعت في تعرضها الفعلي ليشمل تدريبات على مغادرة بيتها عند شعورها بإجهاد عصبي، وعندما يكون زوجها خارج المدينة، وعند سفرها إلى أماكن غير مألوفة حيث لا تعرف فيها أماكن المراكز الطبية.

ثم إنه قد تم الجمع بين التفاعل الباطني والتعرض الفعلي، حيث كانت سارة تتدرب بشكل وجيز على حبس تنفسها وذلك أثناء قيامها بنزهة بسيارتها بعيدًا عن البيت. أما منع الانتكاسة فكان يتضمن تشجيع سارة على مواصلة تدريباتها الخاصة بالتعرض مع الأخذ في الاعتبار المواقع التي تتضمن خطورة بالغة في المستقبل، مثل الأحوال التي يكون زوجها فيها على سفر، وطرق استخدام التعرض القائم على المهارات مثل التنفس، والتعرض المعرفي.

الاكتئاب

كان دانيال يبحث عن علاج من نوبات الكآبة التي كانت تنتابه، والتي كان يصعب عليه أثناءها أن يكمل عمله، أو يتحمل مسئولياته المنزلية، وقد انخفض بشكل عام تحفيزه وتمتعه بالحياة. وكما ذكر كل من Young, Rygh, Weinberger and Beck (2008) بدأ العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب بعلاج عقلاني يشدد على دور أحداث الحياة في

الحد من منابع الدعم الإيجابي. وبالنسبة لدانيال، كانت أحداث الحياة هي التي جعلته ينتقل وعائلته إلى مدينة جديدة، الأمر الذي كان معناه ترك أصدقائه الذين كان يصاحبهم لمدة طويلة، وكذلك تحمل بعض الخسارة في دخله في وظيفته الجديدة. أما مناطق السلوك الذي يتسم بالاختلال الوظيفي تمثلت في التدريبات البدنية المحدودة، والافتقار إلى أخذ زمام المبادرة في الاتصال بزملائه من العاملين، وعدم قيامه باستكشاف المدينة الجديدة. وقد ساعد المعالج دانيال لكي ينشغل في المزيد من النشاط البنَّاء، وذلك بتحديد مواعيد للتدريب البدني، والذهاب إلى أجزاء مختلفة من المدينة. وقد استخدمت مهارات حل المشكلة في التعرف على المشاكل وإيجاد حلول لها وذلك لتصميم قضاء أوقات خارج البيت. وكان من شأن التدريب وقضاء أوقات خارج البيت أن زادت من مصادر الدعم الإيجابي لأنها كانت أنشطة لطيفة وبارعة وذات علاقة بالموضوع. ثم إنه نُظر أيضًا إلى التدريب على أنه مهارة مطلوبة لأنه يوفر مصدرًا للإبعاد عن النتيجة السلبية، لأنه بإبعاد الانتباه عن طريق نشاط بدني، فإن نوبات حالة الاكتئاب يمكن تقليلها. وعلاوة على ذلك، ساعد المعالج دانيال على فهم الأسلوب الذي أسهم فيه تجنب اتصاله بزملائه العاملين في افتقاره إلى دعم إيجابي ونوبات الكآبة التي كانت تنتابه. وهكذا، فقد حددت مواعيد اتصالاته وتم التدريب عليها في البداية سلوكيًا من خلال الدور الذي حدده له المعالج في الجلسة.

وما أن حدث تحسن في وظائف دانيال السلوكية، وقد انتقل الانتباه إلى دور المعارف، وطوال الوقت استمرت الأنشطة السلوكية. وقد ساعد المعالج دانيال على فحص دور الخطط التي تم تبنيها بشكل سيء، وسوء تقييم الأحداث، وتوقعات غير واقعية، وذلك بالنسبة للمشكلة المستهدفة في جانب الصداقات. ومناقشة حدث بعينه خاص بالعمل لاستخلاص تقييمات دانيال التي جانبه التوفيق. وقد ذكر أنه في إحدى المناسبات توجه زملاؤه في العمل لتناول الغداء

كمجموعة بدونه، الأمر الذي حمله إلى الاعتقاد أنه لن يتناغم إطلاقًا مع هذه المجموعة الجديدة من الناس. وكان يتساءل لماذا يهتمون بالسعي لمعرفته على أي حال. وتلك التقييمات أدت بدورها إلى سلوكه المتعلق بجلوسه بمكتبه وتناوله الغداء وحيدًا، الأمر الذي أدى إلى أن يؤكد في ذهنه الاعتقاد بأنه ممل وغير محبوب.

وقد ساعد المعالج دانيال على التعرف على أخطائه في تفكيره، مثل أنه أفرط في التقييم من المثال الوحيد الذي قام زملاؤه في العمل بتناول طعام الغداء بدونه، ونزوعه إلى تجريد المعلومات بشكل انتقائي، وذلك على حساب معلومات أخرى متوفرة بأنه كان قد ذهب لتناول طعام الغداء معهم في عدة مناسبات أخرى. وقد تمت مساعدته على إيجاد بدائل، في تقييمات بنَّاءة، مثل التعرف على بديل عن السبب في عدم دعوته إلى الانضمام إلى زملائه لتناول الطعام في ذلك اليوم بالذات. وعلى سبيل المثال، أدرك دانيال أنه لم يكن في مكتبه في ذلك الوقت بالتحديد والذي غادر فيه زملاؤه المكتب لتناول طعام الغداء، الأمر الذي ربما يكون قد فسر السبب في عدم دعوته للانضمام إليهم. وفضلاً عن ذلك، فقد طُلب من دانيال أن يقدم أمثلة عن التعامل الإيجابي مع زملائه كدليل يزعزع اعتقاده بأنه ممل وغير محبوب. وهذه الاستراتيجيات المعرفية ضُمت عندئذ إلى الاستراتيجيات السلوكية لتجارب سلوكية، وعلى وجه الخصوص، كان على دانيال أن يدعو زملاءه العاملين لتناول طعام الغداء معه (بخلاف (بعكس) الانتظار السلبي كي يدعوه هم إلى ذلك) وأن يبدأ الاتصال بطرق أخرى متنوعة. وفي ذلك الحين، استُخدمت وبشكل إضافي الاستراتيجيات السلوكية التي كانت تؤكد على المرحلة المبدئية للعلاج، وذلك لجمع المعلومات التي تزعزع تقييمات دانيال غير الصحيحة. اي أن تدريبه وذهابه للتنزه خارج البيت تم مناقشتها على ضوء دحض أفكاره الخاصة بأنه غير قادر على التناغم مع هذه البيئة الجديدة. وبهذه المهارات تخلص دانيال من الكآبة وتحسن أداؤه الوظيفي

إدمان الخمر

كان دافيد زوجًا وأبًا في منتصف العمر، دأب على شرب الخمر حتى الثمالة معظم الأمسيات ومعظم عطلات نهاية الأسبوع. وقد هددت زوجته بتركه إذا لم يسيطر على معاقرته للخمر. والعلاج الخارجي للمرضى بأسلوب العلاج السلوكي المعرفيلتناول الخمر/ والاعتماد على ذلك (على سبيل المثال، McCrady, 2008) بدأ بلقاء تحفيزي فكان المعالج خلالها—وبطريقة عاطفية—يساعد دافيد على معرفة التنافر بين سلوكياته الخاصة بمعاقرة الخمر، وأهدافه الخاصة من ناحية صحته، واحترامه لنفسه، ومسئولياته كأب وكزوج. وقد ساعد المعالج دافيد على تصور طرق لتحقيق هذه الأهداف المطلوبة، وذلك من خلال التدريب، وقضاء الوقت مع عائلته في الأمسيات وفي عطلات نهاية الأسبوع بدلاً من قضائها في شرب الخمر، وهو بشكل عام شجع دافيد على تسخير موارده الشخصية لتحقيق هذا التغيير. وقد اتخذ قرارًا بالامتناع بالمقابلة مع السيطرةعلى الشرب (والامتناع يشكل دائمًا الأسلوب المفضل). وقد نُفذ أسلوب التعاقد السلوكي وبمقتضاه فإن كل يوم يمر دون شرب الخمر، والانخراط في تدريب بدني وأنشطة عائلية، كان يتم تدعيمه بمجموعة من التدعيمات الأولية والثانوية، وهذه الأخيرة كانت تتضمن مشاهدة المباريات الرياضية على شاشة التلفاز، وتناول الأطعمة المفضلة، وممسوكات معدنية يمكن عند تراكمها استبدالها بدراجة جديدة (كان ركوب الدراجة يشكل دعمًا لدافيد في السنوات الماضية).

وكان يتم عمل تحليل وظيفي كامل للمشاعر، والأفكار، والأحداث والسلوكيات قبل تناول الخمر وبعده، وتم اكتشاف ما يعمله شرب الخمر. وبصفة عامة، كان دافيد يستخدم الخمر كوسيلة للتخلص من الضغطالواقع عليه من عمله، وتجنب المشاعر السلبية عن نفسه. وكان شرب الخمر يأتي نتيجة الاعتقاد بأنه سيجعله يشعر بتحسن. وإضافة

إلى ذلك، فإن المصاعب التي كانت تكتشف تواصله مع زوجته التي دخل معها في مجادلات متكررة حملته على شرب الخمر كوسيلة "للهرب" في بيئته المنزلية. وقد تعلم دافيد استراتيجيات الاعتدال من خلال التحفيز على السيطرة (والتي كانت تعني التخلص من كل الخمر الذي في بيته). واستخدام الخيال (على سبيل المثال، "الانصياع للإلحاح"، أو "مهاجمة الإلحاح") للتغلب على الإلحاح نحو الشرب، وقد تعلم عن طريق الملاحظة أنه يمكن التغلب على الإلحاح. وقد تم التعامل أيضًا مع معرفته المشوهة عن الخمر، وعلى وجه الخصوص توقعاته الإيجابية العقلية عن الخمر، وذلك عن طريق الجمع بين ما يعرفه عن النتائج الإيجابية، والنتائج السلبية الحقيقية (على سبيل المثال، المزيد من الجدل مع زوجته، سوء صحته). وإلى جانب ذلك تم جمع البدائل السلوكية الناجمة عن شرب الخمر، ليس بهدف سد الثغرة في الوقت والجهد اللذين من المألوف بذلهما في شرب الخمر فقط، بل لتوفير مصادر بديلة للدعم الإيجابي. وهذه تتضمن تدريبات بدنية وأنشطة مع عائلته، الأمر الذي سبق أن تعاقد عليه سلوكيًا.

وبعد ذلك تم التدريب على المهارات لما ينقصه منها في التعامل مع الضغط الناجم عن العمل. وهذه تتضمن التدريب على الاسترخاء، وإعادة التركيب المعرفي بالنسبة لإساءة تقدير الأحداث التي تقع في العمل، والتي كانت تولد توترات لا داعي لها (على سبيل المثال، الاعتقاد بأنه سيواجه نقدًا شديدًا لعمله)، وحل المشاكل (على سبيل المثال، طرق التعامل مع زميله في العمل الذي كانت أخطاؤه تؤثر على تقييم عمل دافيد). يضاف إلى ذلك أن دافيد كان يلقى تشجيعًا للاشتراك—هو وزوجته—في تدريب التواصل بين الأزواج. وعلاوة على ذلك ساعد المعالج دافيد على التعامل مع وجود إشارات على توفر المخدرات، وذلك بواسطة التعرض تحت الرقابة لعلامات وجود الخمر وذلك في الجو الآمن الذي توفره بيئة العلاج. وقد عمل هذا للتخلص من الاستجابات الخاصة بالرغبة القوية. وهكذا، أحضر

المعالج الخمر إلى الجلسة، حتى تكون رائحة الخمر ومنظرها بمثابة محفز مشروط يجب التخلص منه بواسطة عدم الشرب من هذاالخمر. وفي ذات الوقت، تم تعليم دافيد مهارات التعامل مع التعرض للخمر في حياته اليومية، الأمر الذي يعني تعلم الابتعاد عن البيئات (خارج المنزل) والتي كانت مرتبطة في السابق بشرب الخمر، إلى جانب تدريب التمسك بقوة برفض ضغوط الأصدقاء التي ترمي إلى عودته إلى مشاركتهم في شرب الخمر. وقد تحقق هذا من خلال القيام بهذا الدور مع المعالج. ومع اكتساب هذه المهارات، استطاع دافيد تحقيق السيطرة على شربه للخمر مع فترات انتكاسة بين حين وآخر.

النهم العصبي

كانت جيني فتاة (غير متزوجة) في الثالثة والعشرين من عمرها. وقد اعتادت أن تلتهم كمية كبيرة من الطعام تتبعها عملية تخلص عن طريق القيئ وتناول الملينات، ثم تعقبها فترة من القيود النسبية على ما تتناوله وذلك في شكل اتباع ريجيم خاص. وكانت دورة تناول الطعام بشراهة ثم تعقبها عملية التطهير تحدث مرتين تقريبًا في الأسبوع. وكان العلاج السلوكي المعرفي لهذه الحالة، بحسب ما ذكره كل من Fairburn, ooper, Shafran, and Wilson (2008) تتضمن أربع مراحل. وكان الهدف في المرحلة الأولى هو انخراط العملاء في العلاج، وهذا أمر قد يشكل صعوبة على وجه الخصوص بالنسبة للاضطرابات التي تحدث نتيجة تناول الطعام عندما يتكافأ الضدان بالنسبة لأهداف العلاج. وكان هذا ينطبق على جيني، ولكن القلق كان يساورها أيضًا من ناحية صحتها وعلاقاتها المستقبلية، وعلى ذلك تملكها تحفز شخصي لتعليم طرق تمكنها من تغيير سلوكها المتمثل في النهم في الأكل ثم القيام بعملية التطهير. وبمساعدة المعالج، قامت جيني بوضع تحليلها الوظيفي الذاتي: حالة اكتئاب، وعدم وجود أحد تشاركه في القيام ببعض الأمور، الأمر الذي ولد فيها النهم في تناول الطعام، والتقدير

المفرط للشكل والوزن واللذين كانا من نتيجة سيطرتها أن أسهما في إقبالها على النهم في تناول الطعام ثم القيام بعملية تطهير، ثم اللجوء إلى عمل ريجيم غذائي، وتعويض ذلك بالقيئ وتناول الملينات بطريقة خاطئة، الأمر الذي كان يشجع على النهم في المستقبل. وقد جاء العلاج طبعًا من نتيجة هذا التحليل.

وقد بدئ أيضًا من الرقابة الذاتية في المرحلة الأولى، بدءًا من مراقبة العادات المتعلقة بتناول الطعام. وكان يتم وزنها أسبوعيًّا أثناء جلسة العلاج، إلى جانب تعليمات بألا تقوم بوزن نفسها في أية مرات أخرى، ومن ثم وضع حد للفحص المبالغ فيه لجسمها. كما تم تعليمها أيضًا عن التذبذب الطبيعي الذي يحدث في الوزن اليومي، والأساطير المتعلقة بتناول الطعام وزيادة الوزن. وبعد ذلك، أعطيت جيني جدول مواعيد عادي لثلاث وجبات علاوة على وجبة خفيفة كل يوم، مع تعليمات بأن تمنع نفسها من القيئ واستخدام الملينات (أي، استجابة منع). ولكي تتعامل مع الرغبة العارمة في الأكل في أوقات خلاف الأوقات المعينة لتناول الطعام، والوجبة الخفيفة، تم تشجيعها على الانخراط في أنشطة تنافسية، مثل القيام بواجباتها الاجتماعية، أو الخروج للتنزه، وملاحظة الرغبة الملحة في الأكل لتتعلم أنها حالة مؤقتة وسوف تنتهي بالفعل. وقد وُزعت المرحلة الأولى من العلاج السلوكي المعرفي على ثماني جلسات في غضون أربعة أسابيع. أما المرحلة الثانية من العلاج، فكانت تتضمن مراجعة مشتركة لمدى التقدم ومواصلة الخطة على أساس المرحلة الأولى مع بعض التعديلات الطفيفة. وعلى سبيل المثال، حاولت جيني التغلب على ما ينتابها من تحفيز نحو تناول الطعام بنهم عن طريق قراءة المجلات، ولكن المجلات كانت تتضمن إعلانات عن الأطعمة والتي لم يكن من شأنها سوى زيادة تحفيزها على الأكل في أوقات لم يكن من المناسب فيها تناول الطعام. وهكذا، تم وضع طرق بديلة للتغلب على تحفيزها (على سبيل المثال، الألعاب الخاصة بفك الألغاز). أما المرحلة الثالثة

فتناولت إفراط جيني في تقدير شكلها ووزنها، وهذه في حد ذاتها كانت تشمل عدة خطوات. وقد تمت مساعدتها على وضع خريطة لفطيرة بحيث تمثل شرائحها نواحي من الحياة تُعد مهمة بالنسبة لها. وأكبر شريحة، أو الشريحة التي كانت تمثل أهمية كبيرة لها كانت تلك التي تمثل الشكل والوزن والأكل. وبعد ذلك، قام المعالج بمراجعة نتائج المبالغة في تقدير الشكل والوزن، بما في ذلك حقيقة أن جيني كانت تتبع ريجيمًا في الأكل، وكانت تفكر كثيرًا في الطعام والأكل، وكانت تلجأ إلى فحص جسمها بطريقة مبالغ فيها، وكانت تشعر أنها "بدينة". وبعد ذلك، طلب من جيني أن تضع مواعيد للأنشطة التي تقدرها والتي تتناغم مع نواحٍ أخرى من حياتها لكي تزيد من قيمتها. وكان هذا يعني وضع مواعيد لانشطة للعودة إلى الكلية لاستكمال حصولها على شهادة البكالوريا، إلى جانب الانضمام إلى أندية لمقابلة أشخاص جدد. وإلى جانب ذلك، تمت مواجهة شعور جيني بالبدانة بتعليمها معرفة ما الذي يثير هذه المشاعر، وهي حالة الاكتئاب. كما استخدم عندئذ أسلوب حل المشاكل للتعامل مع الحالات السلبية كبديل للإفراط في تناول الطعام للتعامل مع الحالات السلبية.

ثم إن المعالج ساعد جيني أيضًا على معرفة الطرق التي يسهم فيها الريجيم الغذائي في الإفراط في تقدير وزنها وشكلها. وهذا أدى بدوره وبشكل مباشر إلى القيود المتمثلة في الريجيم.

وقد تم، وعلى وجه الخصوص، تحطيم القواعد المرتبطة بالريجيم الغذائي، لأن هذه القواعد تشجع على استمرارية دورة قيود الريجيم والشراهة في الأكل. وعلى سبيل المثال، فإن الأطعمة التي كانت جيني تتجنبها خوفًا من فقدان السيطرة وزيادة الوزن (على سبيل المثال، الخبز، المكرونة، والشيكولاتة) قد سمح لها بتناولها بشكل تدريجي.

أما المرحلة الرابعة والأخيرة من العلاج السلوكي المعرفي كانت تركز على المحافظة على التغييرات في العلاج والتقليل إلى أقصى حد من

حالات الانتكاسة. وقد تحققت هذه الناحية الأُخرى بتعليم جيني عن مخاطر الانتكاسة، أما أهمية الاكتشاف المبكر للسلوكيات المتعلقة بالمشكلة، وطرق استخدام السلوكيات القائمة على المباديء التي تم تعليمها أثناء العلاج.

حالة أطول مع مرضى مختلفين

ماريا، فتاة في التاسعة والعشرين من عمرها وكانت تعاني من حصر نفسي اجتماعي بالغ واكتئاب شديد. وقد سعت ماريا للعلاج نتيجة ما كانت تواجهه من تهديد بفقدانها عملها نتيجة تجنب زميلاتها في العمل وما نجم عن ذلك من مصاعب في إكمال العمل المنوط بها في ميعاده وبشكل سليم. وقد وُلدت ماريا في أمريكا الشمالية، غير أن والديها، واللذين كانت تعيش معهما، كانا من الجيل الأول للمهاجرين من المكسيك. وكانت إجادتها للغة الإنجليزية محدودة. وكان شقيق ماريا الأصغر يعيش مع زوجته وأطفاله في نفس الجهة، كما كان يفعل العديد من العائلة الموسعة. وكانت ماريا على صلة وثيقة بعائلتها وبأهدافها الجماعية.

ومن ناحية الأعراض، أبلغت ماريا بأنها تجد صعوبة في بدء المحادثة واستمرارها، وتطلب مساعدة في أن تقول: "لا" للطلبات غير المعقولة، أو الدخول إلى حجرة غاصة بالناس، والإفصاح عن معلومات عن نفسها، أو طرح أسئلة في الاجتماعات، والمحاضرات العامة. وقالت إنها اختبرت معظم هذه الصعوبات في العمل، وفي أي وضع اجتماعي غير عادي. وعلى الرغم من ذلك، ففي محيط عائلتها، وأصدقاء العائلة، كان بوسع ماريا أن تحصل على المتعة من تعاملها معهم.

وكانت ماريا تظهر أيضًا أعراضًا للاكتئاب، تتضمن الشعور بالحزن، والخمول، والنوم لمدد أطول من اللازم، ومشاعر فقدان الأمل في المستقبل. وكانت تراودها بين آونة وأخرى فكرة الإقدام

على الانتحار، ولكن هذه كانت أفكارًا عابرة، ولم تتبنَّ تمامًا هذه الأفكار الانتحارية.

وكانت علامات الحصر النفسي الاجتماعي ظاهرة عليها في طفولتها. وكانت تتذكر حالات كعينة أثناء طفولتها، وذلك عندما كانت تنتابها على وجه الخصوص مشاعر الإحساس بالمهانة، مثلما كان يحدث عندما كانت زميلاتها في حجرة الدراسة تسخرن منها عندما كانت تتعثر في فناء المدرسة، وعندما كانت تسيئ نطق الكلمات (وكانت الإغاظة تأتي في معظمها من الطالبات اللواتي لسن من أصل لاتيني في مدرستها الابتدائية التي تضم طالبات من ثقافات متغايرة). وإلى حانب ذلك، فإنه مما ضخم من شعورها بالحصر النفسي الاجتماعي "وحمة" بارزة تظهر عند خدها الأيسر وهي تتذكر حالات—أثناء طفولتها—كان الأولاد والبنات يملقون فيها ويدلون بتعليقات عن "الوحمة" التي على خدها. وما كانت تشعر به من حصر نفسي اجتماعي في المدرسة كان يغذيه الحواجز اللغوية بين مدرستها وبيتها. وبالنظر إلى أن والديها كانا لا يجيدان التحدث باللغة الإنجليزية، فنادرًا ما كان بمقدورهما مساعدة أطفالهما في عمل واجباتها المدرسية.

وكانت ماريا تشعر بقلق بالغ يمنعها من أن تطلب من مدرساتها مساعدتها، وتبعًا لذلك، لم تكن تستطيع إنجاز ما يُطلب منها من ناحية دروسها. وأثناء فترة دراستها في المدرسة العالية حققت بعض الصداقات التي يُطلق عليها "معارف"، ولكنها لم تصل إطلاقًا إلى درجة الصداقة الوثيقة. وقد ظلت على هامش الأوضاع الاجتماعية وظلت على شعورها بالخجل الشديد من "الوحمة التي على خدها". وكانت بوجه عام تتجنب المناسبات الاجتماعية خارج دائرة عائلتها الموسعة. وعلى الرغم من أن والديها كانا مهتمين بألا تكون ماريا قد انخرطت في علاقة غرامية وألا تفرط في ذلك مطلقًا، ومما كان يطمئنها صلتها الوثيقة بالعائلة.

وبعد تخرجها في المدرسة الثانوية، التحقت ماريا بكلية محلية. ولكنها لم تجد متعة تُذكر في الكلية واستمرت تجد صعوبات في تكوين صداقات. ثم إنها كانت تناضل أيضًا مع الدرجات والامتحانات، وبصفة خاصة، إذا أخذنا في الاعتبار الحدود التي جاءت وليد تجنبها الأساتذة ومساعديهم. وهكذا، تركت الكلية بعد السنة الأولى والتحقت بقسم السجلات الطبية في مستشفى محلي. وكان مستوى أدائها يتراوح بين صعود وهبوط، وعند فترة قريبة، أخبرها رئيسها أنها إذا لم تتعلم التعامل مع زميلاتها وزملائها في العمل، وأن تنجز عملها في موعده، فإنها معرضة لخطر فقدان وظيفتها.وعند هذه النقطة، وبتشجيع من عائلتها، طلبت ماريا معونة راعي كنيستها، والذي قام بدوره بإخبارها عن مركز لعلاج الصحة الذهنية في المجتمع.

وقد أشار التشخيص الأولي إلى وجود نوعية عامة من الحصر النفسي الاجتماعي، واكتئاب شديد. أما من ناحية التحليل الوظيفي، فقد كان من الجلي أنه كان هناك الكثير من الأوضاع الاجتماعية والتي كانت تصيبها بالحصر النفسي الاجتماعي، الأمر الذي كان يدفعها إلى تجنبها كلما كان ذلك متاحًا. وعندما كانت ماريا توجد في هذه الأوضاع الاجتماعية، كانت ماريا تستقبل بحزن أية إشارة لفظية أو غير لفظية يمكن تفسيرها على أن تسخر أو تشمئز من مظهرها. كما أنه أصبح من الواضح أيضًا أن ماريا تمسك بموقف سلوكي أساسي من المهارات الاجتماعية، كما يتضح من تعاملها مع عائلتها وأصدقاء عائلتها. وعلى الرغم من ذلك، فإن الحصر النفسي الاجتماعي يتعارض مع المهارات الاجتماعية المناسبة خارج الأوضاع العائلية المألوفة. ثم إنها كانت تفتقر أيضًا إلى مهارات التواصل الراسخة بصفة عامة. أما من ناحية تقييماتها المعرفية، فقد كانت ماريا تعتقد أن الآخرين يسخرون منها و/ أو يجدونها مملة. ثم إنها كانت تشعر بخجل شديد من "الوحمة" التي كانت على وجهها والتي كانت تعتقد أنها تجعل الآخرين يعتبرونها قبيحة الشكل ومثيرة للاشمئزاز. وكان اعتقادها الأساسي أنه لن يحبها أحد الأمر الذي "أكده"عدم وجود صداقات حميمة معها، أو علاقات

رومانسية. أما من ناحية استجاباتها الفسيولوجية، فقد كانت تعاني من العرق ومن سرعة ضربات القلب عند دخولها في مواقف اجتماعية في العمل أو في أوضاع غير مألوفة لها. ثم إنها، فسرت هذه الأعراض المادية بأنها واضحة للاخرين، وأنها تعد مصدرًا آخر لانتقادهم لها. وإلى جانب تجنبها الصريح ورفضها الدخول والاشتراك في سلسلة عريضة من الأوضاع الاجتماعية خارج نطاق العائلة، فقد كان لماريا أيضًا عدد من النماذج الاخرى الأكثر صرامة من ناحية التجنب. فنادرًا ما كانت تنظر إلى الناس في عيونهم مباشرة، وكانت تدير وجهها حتى تكون الوحمة أقل وضوحًا بالنسبة لاولئك الذين كانت تتعامل معهم. وسلوكيات التجنب هذه كانت تلقى دعمًا سلبيًا نتيجة الانخفاض في القلق البالغ الذي كان يتأتى نتيجة لها. وعلاوة على ذلك، تم مزيد من الدعم للاوضاع الاجتماعية غير المألوفة لها نتيجة الدعم العائلي الإيجابي للبقاء "على صلة وثيقة في البيت". ثم إن سلوكيات التجنب الصريحة الأكثر دقة كان من شأنها تأكيد توقعاتها السلبية من ناحية الكيفية التي ينظر بها الآخرون إليها، الأمر الذي أسهم في المزيد من سلوك التجنب. وعلاوة على ذلك، فقد أسهمت سلوكياتها الخاصة بالتجنب ومعارفها السلبية في حالة الاكتئاب الذي كانت تعاني منه، وهذا أسهم بدوره في انخفاض التحفيز بالنسبة للتعامل مع الاوضاع الاجتماعية. وأخيرًا، فإن أسلوب انسحابها من ناحية البقاء على هامش الأوضاع الاجتماعية وفشلها في إقامة اتصال عن طريق العينين كان أمرًا غير مريح بالنسبة للمحيطين بها، إلى درجة أن زميلاتها في العمل توقفن عن بذل الجهد للدخول معها في أحاديث. وقد فسرت سلوكهن هذا على أنه دليل على عدم محبتهن لها.

وبعد عمل التحليل الوظيفي من خلال اللقاء والتقييم من خلال استبيانات قائمة على أساس التقارير الذاتية في الجلسة الاولى، استعمل المعالج سلوكيات ماريا في الجلسة الثانية كفرصة لمراجعة التحليل الوظيفي وتقديم علاج عقلاني.

المعالج: ألاحظ أنكِ تجلسين بحيث أنكِ جعلتِ نحوي جانب وجهكِ الذي ليس عليه الوحمة. هل جلوسك على هذا النحو يشعرك بمزيد من الارتياح؟

ماريا: نعم، لأنه بهذه الطريقة لا تضطر إلى النظر إلى الوحمة التي على وجهي.

المعالج: ما الذي تعتقدين أنه سيحدث لو أني رأيت هذه الوحمة؟

ماريا: لست أعرف... أعتقد أن هذا لن يشعرك بالارتياح وأنك ستشمئز من رؤيتها.

المعالج: إذًا، دعينا نفكر في هذا في إطار الطرق التي تؤثر بها الأفكار والمشاعر كل منها في الأخرى. ففكرة أني سأشعر بالاشمئزاز دفعتكِ إلى أن تجعلي نفسكِ في وضع لا يتيح لي رؤية وحمتكِ، وهذا يقلل من شعوركِ بالقلق.

ماريا: نعم، هذا كل ما يسعني عمله.

المعالج: أستطيع أن أدرك كيف أن هذا يساعدكِ الآن. وبرغم ذلك، فإني أتساءل ما الذي ستكون عليه النتائج في المدى البعيد؟

ماريا: لست على يقين مما تقصده.

المعالج: إنكِ الآن تعتقدين أن الآخرين يشعرون بالاشمئزاز ولذلك، تديرين وجهكِ... وإذا لم تديري وجهكِ... وإذا أظهرتِ وحمتكِ صراحةً... فإنه بوسعكِ أن تعرفي ما إذا كان الناس يشعرون بالاشمئزاز حقًّا أم لا.

ماريا: غير أنه بمقدوري أن أتذكر كيف كان الأمر فظيعًا بالنسبة لي عندما كانت زميلاتي وزملائي يسخرون من وحمتي.

المعالج: لا بد وأن هذا كان يزعجكِ كثيرًا كطفلة. وأعتقد أن السؤال

هو ما إذا كانت الطريقة التي عاملتكِ بها زميلاتكِ في ذلك الحين تُعد مؤشرًا جيدًا عن الكيفية التي ستعاملين بها الآن. وإنكِ بتحويل وجهكِ إلى الناحية الأخرى لم تعرفي إطلاقًا كيف سيتعامل معكِ الآخرون الآن، وإنكِ إذ تديرين وجهكِ نحو الجهة الأخرى كيف سيتصرف الآخرون حقًا، أو كيف تتعاملين مع ردود أفعالهم؟

وبعد علاج عقلاني أكد على مهارات تطور سلبية أقل، فإن التفكير المضر، واستبدال سلوك التجنب بسلوك التعامل، بدأ العلاج بمعرفة المناسبات التي تتم فيها مراقبة الذات، حيث كان القلق يساور ماريا لتوقعها أو اشتراكها في مناسبات اجتماعية. وكان التركيز على تقنيات معينة كانت تعملها والإشارات المعينة التي تتضمنها المواقف الاجتماعية التي كان يتولد عنها المزيد من القلق (على سبيل المثال، تعبيرات معينة للوجه وصمت أثناء المحادثات). كما تمت أيضًا مراقبة سلوكياتها الخاصة بالتجنب، مع التركيز ليس على التجنب الصريح فقط، بل وعلى أشكال أخرى من سلوك التجنب، ولا سيما تلك المتعلقة بمحاولاتها إخفاء وحمتها. وقد شجعت ماريا على جمع هذه المعلومات كطريقة لأن تصبح عالمة شخصية. وإلى جانب ذلك، تم إيجاد أوضاع اجتماعية متسلسلة تكون هدفًا للتدريب طوال فترة العلاج. كما تم التركيز على أوضاع في محيط العمل، حيث تعرضت للضغط من رئيسها لتحسين مهاراتها في العمل وإلا ستفقد وظيفتها. وإلى جانب ذلك، قرر كل من المعالج وماريا على تحقيق الإجادة في العمل قبل التعامل مع الأوضاع الاجتماعية غير المألوفة، عندما يتم التعامل مع دور نماذج الدعم العائلي بشكل إضافي.

وبعد ذلك، تعلمت ماريا التنفس البطيء عن طريق الحجاب الحاجز كوسيلة لمساعدتها في التعامل مع حالة القلق التي تنتابها في المواقف الاجتماعية. وقد تدربت أولاً على هذا التدريب لوحدها في البيت، وبعد ذلك تدربت عليه في ظروف أكثر تشتيتًا للفكر، على

غرار ما يكون عليه الحال أثناء قيادة السيارة. وبعد ذلك، كانت تستخدم التدريب على التنفس في كل مرة ترد على الهاتف في العمل أو عندما كانت تأتي إليها زميلات في العمل. أما الخطوة الأخيرة فكانت دمج تدريب التنفس لتدريباتها المتعمدة على الأوضاع المذكورة في قائمتها المتسلسلة.

وقد استُهل إعادة التركيب المعرفي بمناقشة نوعيات الأخطاء التي يعرف بها التفكير المتسم بالقلق، والتقدير المفرط لاحتمال وقوع الأحداث السلبية وإضفاء سمة الكارثة على معنى الأحداث السلبية، وقد تم تشجيع ماريا على استخدام الرقابة الذاتية للتعرف على أمثلة من كل نوعية من الخطأ وبدأ المعالج يعلمها مهارة استخدام الدليل ليحل محل التفكير المشوش بمزيد من التفكير القائم على الدليل.

المعالج: إذًا فقد سجلتِ على بطاقة الرقابة الذاتية الخاصة بكِ أنكِ عندما دخلتِ حجرة القهوة في العمل، لاحظ الجميع أنكِ تذرفين العرق نتيجة اعتقادكِ بأن مظهركِ يثير الاشمئزاز. فما الذي حملكِ على هذا الاعتقاد؟

ماريا: حسنًا، مجرد أني شعرت بأني غير مرتاحة على الإطلاق، وعلى ذلك كنت على ثقة من أنهم سيلاحظونني ويحكمون علي.

المعالج: لذلك، فقد كان شعوركِ هو الذي يقول لكِ ذلك؟ فما الذي حدث بالفعل في هذا الوضع؟

ماريا: لم يحدث شيء في الواقع. لقد قدم لي أحدهم قدحًا من القهوة كما صببت لنفسي بعضًا منها ووقفت عند الطاولة لبضع دقائق، كنت أنصت فيها بهدوء لما يدور من حديث.

المعالج: وهل حدث أي شيء من جانب الآخر يُستشف منه أنهم كانوا يشمئزون منكِ؟

ماريا: كلا، كل ما في الأمر أنهم واصلوا الحديث.

المعالج: فما الذي تستخلصينه من هذا فيما يتعلق بما فكرتِ فيه؟

ماريا: ربما أني تسرعت في تفكيري. ربما اعتقدت فحسب أنهم يشمئزون ولم أفكر في أية احتمالات أخرى.

المعالج: إذًا، ما الذي يمكن أن يشكل طريقة مختلفة في هذا الوضع؟

ماريا: أقصد أنه من الصعب عليَّ ان أصدق، ولكني أفترض أنهم لم يهتموا حقًا بأني أتصبب عرقًا، أو ربما لا يكونون قد لاحظوا هذا على الإطلاق.

وكان الهدف هو التفكير عن التوقع الدائم للرفض والسخرية وإيجاد التوازن على فكرة أن الرفض الاجتماعي والسخرية ربما كانا أقل احتمالاً مما كانت تتوقعه ماريا. وكما أوصى Organista (2006) في مناقشته لموضوع تعديل العلاج المعرفي بالنسبة لمرضاه من الأسبان ومن الجنس اللاتيني، وقد تحقق هذا بتشجيع ماريا على الانتقال من تفكيرها في أنصاف الحقائق إلى "الحقائق الكاملة" أو أن يتبع دائمًا تقييمًا سلبيًا بتقييم آخر يمثل "الجانب الآخر من العملة". وثمة هدف آخر وهو تشجيع ماريا على التجاوب مع التعاملات الاجتماعية السلبية الوقتية حتى تصبح أقل مأساوية مما كانت تحسبه من قبل. وقد انخرط المعالج في مناقشة منطقية عن الكيفية التي يفسر بها الآخرون النواحي الاجتماعية السلبية أو الحرج في مساعدة ماريا على إيجاد وجهات نظر بديلة.

المعالج: دعينا نفكر في كل الطرق المحتملة التي قد يحكم بها شخص آخر على لحظة من الصمت أثناء محادثة ما.

ماريا: كل ما يخطر على العقل هو أنهم كانوا يشعرون بحرج وأنهم غضبوا مني لأني دفعتهم إلى هذا الشعور.

المعالج: حسنًا، إذًا هذا مجرد احتمال، ولكن ما هو الشيء الآخر

الذي قد يفكرون فيه؟ فكري في كافة الأوقات التي توقف فيها الناس أثناء كلامهم. ما الذي قد يعتقدونه في هذا الشأن؟

ماريا: حسنًا، ربما كان الأمر محرجًا، ولكنهم لم يغضبوا.

المعالج: نعم، وماذا أيضًا؟

ماريا: ربما يحدث هذا كثيرًا لكنهم لم يبالوا بذلك.

المعالج: هذا احتمال جيد آخر، وماذا أيضًا؟

ماريا: ربما لاموا أنفسهم وليس الشخص الآخر.

المعالج: إذًا أنتِ ترين أن هناك عددًا من الطرق لتفسير الوضع نفسه. فأيها الأصلح بالنسبة لكِ؟

أما الموضوع الذي أثير بعد ذلك فهو اهتمام ماريا من ناحية "ماذا يكون الحال إذا شعر أحدهم بالاشمئزاز". وقد ساعد المعالج ماريا على مواجهة هذا الاحتمال، ووضع طرقًا للتعامل معه. وقام المعالج مع ماريا بالدور الذي يبين كيفية الرد سلوكيًا إذا أظهر أحدهم علامة الاشمئزاز وكيفية إيجاد احتمالات مختلفة عما قد يعنيه الأمر إذا أظهر الآخرون امتعاضهم.

المعالج: لنواجه إذًا ما هو الأسوأ لمدة دقيقة واحدة، ونتخيل أنك خارج البيت وأن شخصًا ما نظر إلى وجهتكِ ثم أظهر ما يدل على اشمئزازه. دعينا نرى كيف ستتعاملين مع هذا الوضع؟

ماريا: كنت سأشعر بفزع وكنت سأتمنى لو أنه بمقدوري أن أختبئ بعيدًا بأسرع وقت ممكن.

المعالج: هذا يُعد إحدى طرق التعامل مع هذا الوضع، ولكن، وكما سبق وذكرنا آنفًا، ما هي النتيجة النهائية للاختباء؟

ماريا: كل ما في الأمر أنني ازددت خوفًا.

المعالج: اذكري طريقة أخرى للتعامل مع هذا الوضع؟ ما الذي بوسعكِ قوله أو عمله في ذلك الوضع؟

ماريا: حسنًا، بوسعي أن أنظر إلى شخص آخر بدلاً من الشخص الذي كان من الجلي أنه تأذى من مظهري.

المعالج: نعم، وهل هناك شيء آخر؟

ماريا: قلت لهم أن يكفوا عن الحملقة في وجهي.

المعالج: وهل هناك شيء آخر؟

ماريا: قلت لنفسي إن ذلك الشخص حقير، وليس الكل يتصرفون مثل تصرفه هذا.

المعالج: حسنًا، إذًا أنتِ ترين أن هناك عددًا من الطرق للتعامل مع هذا الوضع، حتى إذا كان الوقت صعبًا.

وعند هذه النقطة انفجرت ماريا في البكاء وتساقطت دموعها. وقد تحدثت عن موقف حدث في المدرسة الابتدائية، عندما وجدت مجموعة من البنات تضحكن على كلمات مكتوبة على جدران الحمام، وفي وقت لاحق عادت لتعرف ما هي هذه الكلمات. كانت الكلمات تتحدث عنها وتصفها بأنها قبيحة ومشوهة. وقد شجع المعالج ماريا على أن تصف الموقف برمته، من البداية للنهاية، وكذلك أفكارها ومشاعرها وسلوكها. والمعالج بعمله هذا انتقل إلى نموذج يقوم على أساس التعرض لمساعدة ماريا على أن تتعود على ذكرى هذه الأذية، وكان طوال الوقت يقدم الدعم والتأييد لماريا في محنتها. وعلى مدى الأسبوع التالي برمته، كان يُطلب من ماريا الكتابة عن هذا الاختبار الأليم كل يوم، لكي تواصل التعايش مع ذكرى هذا الحدث. وكان هذا أمرًا مفيدًا لماريا، وقد سهل عليها الامر كثيراً من ناحية مواصلة العلاج.

والقيام بالدور بشكل موسع، والتدريب السلوكي تم اللجوء إليهما بعد ذلك لتسهيل تعميم الاستجابة لمهارات ماريا اللفظية وغير اللفظية للاشتراك الجماعي في المواقف المتصلة بالعمل. أما الأوضاع التي ذُكرت في قائمتها المتسلسلة فتضمن طرح الأسئلة على زميلاتها وزملائها، وتحيتهم، وطرح أسئلة بهدف التوضيح أثناء الاجتماع، وطلب المساعدة منهم، وطرح سؤال على رئيسها. والقيام بالدور والتدريب السلوكي شكلا سلوكها مع استخدام ما يقدمه المعالج من دعم ومعلومات. وفي بداية الأمر، كان الأمر صعبًا، غير أنه مع استمرار التدريب وتلقي المعلومات أصبحت ماريا تشعر بمزيد من الارتياح. وكان التدريب يشمل التعامل مع مجموعة متنوعة من اللاستجابات (على سبيل المثال، التعامل مع ردود سلبية وردود إيجابية تلقاها من الآخرين). كما تم التدريب على السلوكيات المركبة التي لها علاقة بكل موقف مدرج على قائمتها المتسلسلة، بما في ذلك الاتصال المباشر بالعين وعدم إخفاء وحمتها. وفي النهاية، كان الهدف بالنسبة لماريا هو أن يكون بمقدور النظر إلى الناس في عيونهم وبشكل مباشر وتكون الوحمة ظاهرة بوضوح على وجهها. وقد اتفقت مع معالجها أنه من خلال القيام بهذا العمل فقط تستطيع ماريا أن تعمل تقييمات أكثر تناغمًا وتدرك أنه من المحتمل أن يظهر الاخرون اشمئزازهم أقل مما كانت تتوقعه، وأنه ستكون هناك طرق تستطيع من خلالها التعامل بفاعلية مع الشعور بعدم الارتياح والحرج عندما يحملق الناس في وجهها، أو يظهرون استجابة سلبية بالنسبة لوحمتها. وكل دور أثناء الجلسة كان يتبعه تكليف بواجب منزلي للتدريب، كان على ماريا بناءً عليه أن تكمل التفاعل الاجتماعي، وأن تقوم بذلك كثيراً كلما كان ذلك ممكنًا، مع استخدام التدريب على التنفس والمهارات المعرفية لمساعدتها على التعامل مع الاكتئاب.

وبعد عدة أسابيع، أصبح من الجلي أن أعراض الاكتئاب لدى ماريا ومنها الافتقار إلى التحفيز والتعب قد تضافرت لكي تحول دون

إتمام ماريا لواجباتها المكلفة بعملها في البيت. وقد تم التعرف على هذا العائق وتم التعامل معه على ضوء تحليل وظيفي، ساعد ماريا على معرفة أن أسلوب التجنب، حتى إذا كان الدافع إليه الاكتئاب وقلة التحفيز، قد أسهم في إيجاد معتقدات سلبية عن الذات والطريقة التي كانت تعتقد أن الآخرين سيتصرفون معها بها. ثم إن الكفاءة الذاتية ونتائج التحفيز التي تنجم عن التنشيط السلوكي تمت مناقشتها، وقد تم التعرف على الأنشطة التي كانت تدعمها بشكل إيجابي. وكانت ماريا تحب الرسم، وعلى الرغم من أن لديها المواد الخاصة بها، إلا أنها لم ترسم شيئًا منذ فترة. وهكذا، تعاقدت على أن تقوم بالرسم لوحدها مرتين في الأسبوع على الأقل. والتعاقد على الأوقات التي تقوم فيها بالرسم تمت بعناية لتجنب التعارض مع مسئولياتها العائلية. وبعد ذلك، استُخدم أسلوب حل المشاكل للتعامل مع موضوع التعب وذلك باختيار الأوقات التي تكون فيها أكثر قدرة على إكمال تكليفاتها الخاصة بالتعرض، وحتى هذه النقطة، كانت ماريا تميل إلى التأجيل وتترك تدريباتها الخاصة بالتعرض حتى نهاية اليوم (كنوع من التجنب)، الأمر الذي تزامن مع الوقت الذي تكون فيه في غاية التعب. وهكذا، تم تشجيعها على إكمال المهام المنوطة بها (كان تطلب من إحدى زميلاتها مساعدتها أو توضيح الأمر لها) وذلك في وقت مبكر من اليوم.

وهناك معوق آخر يتمثل في ميل ماريا إلى التقليل من شأن إنجازاتها. ولذلك، فإنها بعد تدريبات علاج التعرض، فإنها بدلاً من تقييم ما تعلمته بطريقة بناءة، كانت تميل إلى الاعتقاد أن الآخرين كانوا ببساطة إيجابيين نحوها؛ لأنهم كانوا يشعرون بالرثاء لها.

المعالج: إذًا كيف سار التدريب هذا الأسبوع؟

ماريا: حسنًا، لقد سألت زميلي كيف كان حال المرور لدى حضوره إلى العمل هذا الصباح، وانتهى الأمر بأن تحول إلى حديث

استمر لمدة عشر دقائق.

المعالج: هذا أمر طيب. حسنًا فعلتِ.

ماريا: لست أدري... أعتقد أنه كان يأسف لحالتي فحسب، ولذلك واصل الحديث.

المعالج: حسنًا، هذه إذًا إحدى طرق تفسير سلوكه. فإذا استخدمنا مهاراتنا المعرفية، هل بمقدوركِ التفكير في أسباب أخرى لسلوكه؟

ماريا: يصعب عليَّ الاعتقاد أنه أراد حقًّا أن يتكلم معي، ولكن، ربما أراد ذلك.

المعالج: هل كانت هناك نواحٍ إيجابية لهذه المحادثة؟

ماريا: لقد ابتسمت ونظرت إليه فيما كان يتكلم، وضحك.

المعالج: إذًا، ما الذي تستخلصينه من هذا؟

ماريا: حسنًا ربما كان الأمر على ما يرام على كل حال. وكان عليَّ أن أدرك أن الناس ليسوا سلبيين تجاهي كما كنت أعتقد.

المعالج: هذا أمر طيب، ومواصلة التدريب على الأوضاع الاجتماعية من شأنه أن يساعدكِ على الوصول إلى هذا الإدراك.

وفي منتصف العلاج، كُلفت ماريا أن تطلب من أحد زملائها أن يساعدها في مشروع معين. أما الرد الذي حصلت عليه ماريا، وبحسب حكمها فقد كان الرفض وعدم المبالاة. وقد شعرت ماريا بأنه كان غباءً منها أن تطلب من زميلها هذا الطلب، وقد تملكها القلق من ناحية أن زميلها كان مشمئزاً من مظهرها. وقد انتابتها الكآبة والشعور بأنها منبوذة نتيجة هذا الاختبار. وقد ركز المعالج أيضًا على دور التفاسير عما بدا لها من رفض وكذلك على أهمية التعامل مع الرفض الاجتماعي الذي قد يحدث في بعض الأحيان على أنه جزء من التفاعل

الاجتماعي العادي.

وهنا أيضًا، تم استخدام التدريب السلوكي والقيام بالدور للتدريب على طرق مختلفة للتعامل من الناحية المعرفية والسلوكية، مع التعاملات الاجتماعية السلبية. وعلاوة على ذلك، تم تشجيع ماريا على الاستمرار في طلب المعونة من زملائها وزميلاتها كلما كان ذلك مناسبًا للعمل الذي تقوم به، ولذلك بوسعها أن تجمع المزيد من الأدلة عن احتمال الرفض وطرق التعامل مع الردود السلبية من الآخرين. وكانت هذه الخبرات الجديدة تميل إلى أن تكون أكثر إيجابية وتلغي الاختبار السلبي السابق. وما أن يُكتسب قدر من البراعة في المواقف الاجتماعية في العمل، واتفقت ماريا ومعالجها أنه قد حان الوقت لتناول الأوضاع الاجتماعية غير العادية، مثل الانضمام إلى أحد فصول الرسم أو التدريب. ويتعلق بتصميم هذه التدريبات موضوع دعم العائلة لتقربها منها، وتوقعاتهم أنه على ماريا أن تحضر كل عمل يتعلق بالعائلة الموسعة وأن يصحبها دائمًا أحد أفراد العائلة في كل نزهاتها. وعلى الرغم من إثارة القلق، فقد أدركت ماريا أهمية معرفة التعامل مع المواقف الاجتماعية خارج عائلتها. وقد شُجعت على استخدام أساليب الجزم كي تشرح لعائلتها أهمية قدر من الاستقلال عن العائلة، ولا سيما أن هذا سوف يزيد من فرص قيامها بالمواعدة، وهذا أمر كان والداها يريدانها وبشدة أن تقوم به. وقامت هي والمعالج بالقيام بأدوار طرق التواصل بشكل جازم مع والديها وبطريقة تتسم بالاحترام. وعلى سبيل المثال، الطلب بشكل جازم أن تقضي بعض الوقت في التسوق بمفردها أسبقته بعبارات مثل: "مع كافة الاحترام الواجب يا أمي، إني في حاجة إلى أن أتعلم كيف أكون وحدي". ثم إن أخاها كان يؤيدها تمامًا في محاولاتها في هذا الخصوص، وساعد ماريا على التدرب على طرق التواصل مع والديها بطريقة محترمة.

وبعد انقضاء عشرين أسبوعًا من التدريبات، بدأت ماريا تكتسب

قدرًا من البراعة في التعامل مع زملائها، وبدأت العمل في مواقف اجتماعية غير مألوفة. وكانت تشعر كما لو أنها تتعلم مجموعة من المهارات عن كيفية التصرف في أوضاع اجتماعية، وأصبحت أقل خجلاً بالنسبة للوحمة التي على خدها. عندما كانت تدخل في وضع اجتماعي، ظل أول ما يخطر على بالها هو أن الآخرين سيجدونها قبيحة ومملة، ولكنها كانت وبشكل تدريجي تحصل على أدلة سلوكية تتناقض مع تلك الأفكار. وقد بادلها بعض زملاء وزميلات العمل وأصبحت الآن تنضم إليهم أثناء تناول طعام الغداء. وعلاوة على ذلك، وكجزء من جدول أعمال الشخصية وضعت في حسبانها أن تلتقي رئيسها. مرتين في الشهر لتعرف منه مدى تقدمها في العمل من وجهة نظره هو. وقد تبين أن هذه كانت خطوة مفيدة لأنه كان على وجه العموم يدعم تحسنها في مهارات التعامل مع زملائها وزميلاتها. والأكثر من ذلك، انضمت ماريا إلى جماعة الرسم في المدرسة، حيث بدأت تدخل في محادثات مع طالب آخر في جماعة الرسم هذه وكانت تتطلع إلى إجراء المزيد من الاتصالات مع ذلك الشخص سواء داخل الجماعة أو خارجها. وقد زال اكتئابها، وأصبحت تشعر بمزيد من الأمل بالنسبة للمستقبل. وبمساعدة شقيقها كان والداها يستجيبان بشكل جيد لطلبها أن تقوم بعمل أشياء بمفردها، بعيدًا عن العائلة، ولا سيّما أن هذه الأنشطة لم تحل بينها وبين التمتع بالأنشطة العائلية. ولكن كان لا يزال أمام ماريا التدرب على عدد من المواقف، ولكنها أحرزت تقدمًا جيدًا، الأمر الذي حفزها على الاستمرار.

العقبات أو المشاكل التي تعترض سبيل استخدام هذا المنهج

وكما أوضح يونج (1990) Young، يعتمد نجاح العلاج السلوكي المعرفي على عدد من العوامل: أن يكون العملاء قد أدركوا مشاعرهم

وعلى المشاكل التي يستهدفون حلها، وأن يتسموا بالسرعة من إيجاد علاقة تعاونية مع المعالج دون أن تحتاج علاقة المعالج مع العميل نفسها أن تكون موضع تركيز رئيسي للعلاج، والأفكار، والمشاعر والسلوك التي يمكن تعديلها من خلال التحليل التجريبي، والنقاش المنطقي، والتدريب السلوكي (Young, 1990). وهكذا من المحتمل لأية عوائق تواجه أياً من هذه العوامل أن تحول دون التنفيذ الناجح للعلاج السلوكي المعرفي .

وكما هو من المحتمل أن تكون الحالة بالنسبة لأي علاج نفسي، يشير الدليل إلى أنه كلما كان تقديم العلاج في بداية العلاج قاسيًا ومعقدًا، كانت الاستجابة للعلاج السلوكي المعرفي أكثر ضعفًا (على سبيل المثال، Haby, Donnelly, Corry, & Vos, 2006)، Medical Comorbidity (على سبيل المثال، Iosifescu et al., 2003)، وضغوط الحياة (Sanderson & Bruce, 2007)، بما في ذلك العلاقة الزوجية الردئية (على سبيل المثال، Dewey & Hunsley, 1990) مرتبطةً أيضًا بالنتائج الهزيلة للعلاج السلوكي المعرفي . وهناك نوعية أخرى من التعقيدات تتمثل في الشخصية التي تعاني من اضطرابات مرضية، والتي تميل إلى التقليل أو البطء في الاستجابة للعلاج السلوكي المعرفي للقلق والحصر النفسي (على سبيل المثال، McCabe & Antony, 2005, Robins & Hayes, 1993). والنتائج الضعيفة في هذه الكتابات لا تعني عدم الاستجابة بشكل متدن، بل تعني بالأحرى تحسنًا أقل مما يحدث عادة. ويعرض القسم التالي للتفسيرات المحتملة للنتائج السلبية للقسوة الأولية والتعقيدات على النتائج، والعلاجات المحتملة.

ومن بين الطرق التي تؤثر بها القسوة والتعقيد بشكل سلبي على العلاج السلوكي المعرفي تقليل المصادر الشخصية المتاحة للمجهود الذي تتطلبه هذه الصيغة من العلاج. وبتعبير آخر، تعلم طرق جديدة للتفكير والسلوك أمر يتطلب جهدًا. وتعلم استراتيجيات تقييم جديدة أمر صعب، حتى بالنسبة للشخص الذي لا يتعامل مع اضطرابات

نفسية، بالنظر إلى أنه لدينا جميعًا ميل للتعامل الانتقائي مع المحفزات والمعلومات التي تدعم معتقداتنا وتتجاهل أو تسقط من حسابها المعلومات المضادة. وفي ظل المحنة الشديدة، تنحو هذه الميول الانتقائية إلى أن تصبح أشد قوة. بمعنى أننا جميعًا من المرجح أن نعتمد على الوسائل المعرفية "المختصرة" في أيام المحنة، والنماذج المشوَّهة للتفكير تُعد من بين هذه الوسائل المعرفية المختصرة. أما النماذج البديلة لمعالجة المعلومات والتي تتطلب اتفاق مصادر أكبر، مثل التعامل مع المعلومات بدلاً من التوقعات الأولية، فقد تعطلها المستويات المرتفعة من المحنة (على سبيل المثال، Ford & Kruglanski, 1995). وتعلم السلوك ولتفكير بطريقة مختلفة ومواجهة المواقف التي تشكل تحديًا تتطلب المزيد من الجهد الوافر. وبرغم ذلك، فإن هذه النوعية من إنفاق الموارد هي على وجه الخصوص ما يتطلبه العلاج السلوكي المعرفي. وعلى ذلك، فإن المستويات المرتفعة والمفرطة من المحنة والتوتر قد تعيق الانخراط في عملية العلاج السلوكي المعرفي، وهنا، فإن التفسير المحتمل عن السبب في أن القسوة والتعقيد المبدئيين، والتعقيد العلاجي، وضغوط الحياة، والاضطرابات الشخصية كلها مرتبطة باستجابة أقل أو بطيئة للعلاج السلوكي المعرفي .

أما محدودية الموارد الشخصية فقد يتم التعامل معها بالبطء في خطوة العلاج السلوكي المعرفي. ثم إن تذكر مهارات التعامل يمكن دمجها، مثل التحفيزات المكتوبة (على بطاقات) عن كيفية إيجاد أفكار قائمة على الدليل. وتُعد الكتيبات مصدرًا آخر يمكن أن تُستَخدَم كمذكر للإستراتيجيات المعرفية والسلوكية. والهياكل الاقوى والتدريبات التي تتم في البيت وكذلك الدعم الخاص بإنجاز هذه التدريبات قد تكون نافعة. ثم إن الشخصيات المهمة الأخرى والدعم المجتمعي يمكن "تجنيدها" لتقديم التشجيع للمهارات والتدريبات المعرفية والسلوكية الي تتم في البيئة المنزلية. ومن أجل مستويات مرتفعة خاصة من الجهد الفسيولوجي، قد تكون أساليب الاسترخاء بدايةً مفيدةً نافعة

لكل جلسة، وذلك لتسهيل أساليب الانتباه في بقية الجلسة. وإضافة إلى ذلك، فإن أساليب حل المشكلات قد تُستَخدَم في التعامل مع ضغوط الحياة المستمرة.

وهناك تفسير آخر عن السبب في الشدة والتعقيد المبدئيين يكون تنبؤهما أضعف من الاستجابة المعتادة للعلاج السلوكي المعرفي وهو أن محاولات التعامل مع ناحية واحدة معينة من الخلل المعرفي السلوكي تضيع هباءً بواسطة نواح أخرى من الاختلال الوظيفي. والمحاولات التي بُذلت للتعامل مع نوبات القلق - على سبيل المثال - قد يوقفها عدم انتظام العمليات المتبادلة بين الأشخاص بالنسبة للمريض الذي يعاني إلى جانب ذلك من اضطراب شخصي. وفي كثير من الأحيان يركز العلاج السلوكي المعرفي للغاية في تطبيقه التي تستهدف نواح معينة من المشكلة. وطبيعة التركيز في العلاج السلوكي المعرفي تجعله أقل فعالية من الحالة الأكثر تعقيدًا مما يكون عليه الحال في الأساليب الأكثر توسعًا، على الرغم من أن هذا لا يزال يُعد موضوعًا تجريبيًا. والأساليب المعرفية السلوكية المتحدة التي لها علاقة بعدد كبير من العواطف والمعارف والسلوكيات السلبية، تعد خيارًا محتملاً (Allen, McHugh, & Barlow, 2008)[7]. وهناك خيار آخر وهو تقديم أكثر من علاج واحد مركز من العلاج السلوكي المعرفي في ذات الوقت، مثل تقديم العلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على القلق بصفة خاصة في نفس الوقت مع العلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على الاكتئاب. وعلى الرغم من ذلك، فإنه يستشف من هذا التركيز الثنائي أنه قد يبعد الانتباه أخيرًا عن الفوائد العامة للعلاج السلوكي المعرفي (Craske et al., 2007). وبديلاً لذلك يمكن الجمع بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاجات المؤثرة على العقل بالنسبة للحالات المعقدة والشديدة، على الرغم من أن الجمع بين هذين العلاجين لا يخلو من المصاعب التي ستتم مناقشتها في جزء لاحق.

7. أساليب العلاج السلوكي المعرفي يجب أن تختبر تمامًا بالمقارنة مع أساليب هذا العلاج المستهدفة على نحو خاص.

ثالثًا، قد يكون من شأن الشدة والتعقيد الأوليين أن يخفضا من التحفيز للاشتراك في أية ناحية أو في كافة نواحي العلاج السلوكي المعرفي بما في ذلك تنفيذ التكليفات المنزلية. والانخراط في هذا العلاج يتضمن أن يكون جزءًا من صياغة الحالة، وتعلم الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية، أما الناحية الأكثر أهمية فهي تنفيذ ذلك فعلاً. وكما سبق القول، تُعد ممارسة التكليفات المنزلية وسيطًا له أهميته بالنسبة لنتيجة العلاج، ثم إن التحفيز المنخفض من المحتمل أن يقلل من الامتثال للتكليفات المنزلية، وعلى ذلك النجاح النهائي للعلاج السلوكي المعرفي . ومن المحتمل أن يتأثر التحفيز بالعديد من العناصر، ومن بينها تلك الكامنة في المشكلة التي هي هدف العلاج. وعلى سبيل المثال، فإن التحفيز المنخفض وقلة الفاعلية الذاتية التي تُعد من سمات حالة الإحباط من المحتمل أن تقلل التحفيز الخاص بالانخراط في العلاج السلوكي المعرفي، وهكذا تفعل أيضًا المصادر المتنافسة الخاصة بدعم السلوكيات التي أسيئ التكيف معها. وعلى سبيل المثال، نجد أن الوالدين اللذين يركزان اهتمامهما على المحنة ويهملون الاهتمام بالسلوكيات التي لا تشكل محنة في الأطفال الذين يعانون من الاكتئاب الناجم عن الانفصال قد يدعمان—دون قصد—القلق الناجم عن الانفصال، وعلى ذلك الانخراط في العلاج السلوكي المعرفي. وعلى غرار ذلك، نجد أن الآخرين، الذين يتحملون مسئوليات المهمات المنزلية اليومية، والمهام الروتينية التي لم تستكمل بعد بواسطة شركائهم الذين قد يتملكهم القلق بشكل مفرط قد يدعمون—عن غير قصد—قلق هذه الفئة الأخيرة، وعلى ذلك يقللون تحفيزهم بالنسبة للعلاج السلوكي المعرفي .

واللقاء التحفيزي (Miller & Rollnick, 1991) قد يكون مضمونًا في حالة تكافؤ الضدين، وقد يستخدم التعاقد السلوكي لتقدم دعم عارض للانخراط في العلاج السلوكي المعرفي. وإلى جانب هذا، عندما يقدم آخرون لهم أهميتهم الدعم بتقديم دعم مضاد لأهداف العلاج السلوكي المعرفي، يمكن إشراكهم في العلاج. وهذا قد يكون له قيمة كبيرة على

وجه الخصوص بالنسبة لهذا العلاج عندما يقدم للأطفال، حيث يتضمن جزء كبير من العلاج تدريب الوالدين لجعل الدعم الأبوي إلى أقصى حد وذلك بالنسبة لسلوكيات الطفولة التي تم التكيف معها والتي لها علاقة بالسلوكيات التي أُسيئ تبنيها (على سبيل المثال، Barrett, Farrell, Dadds, & Boulter, 2005). وإشراك آخرين مهمين في كل ناحية من العلاج، بما في ذلك الاهتمام بنماذج الدعم بالنسبة للسلوكيات التي تدعو إلى القلق، وتلك التي لا تدعو إلى القلق، فإنها تحسّن أيضًا من نتائج العلاج المعرفي بالنسبة لحالات الحصر النفسي عند الكبار (على سبيل المثال، Serny, Barlow, Craske, & Himadi, 1987).

ومن المحتمل أن تؤثر عوامل أخرى في التحفيز، ومنها معتقدات عامة عن علم أسباب الأمراض و/ أو عملية العلاج التي تتم علىالعكس من نظريات العلاج السلوكي المعرفي ومبادئه. وترتبط درجة الاعتقاد في عقلانية العلاج السلوكي المعرفي بالنتائج الأفضل للعلاج والتي تتسم بأنها أكثر سرعة وشمولية (على سبيل المثال، Addis, & Jacobson, 2000). وعلى سبيل المثال، الاعتقاد بأن "الصراعات غير المدركة" مسئولة عن تقديم مشكلة وقد تعيق التحفيز للانخراط في العلاج السلوكي المعرفي. ثم إن التعليم المتعلق بدور المعارف المدركة والسلوكيات قد تزيد التحفيز للانخراط في العلاج السلوكي المعرفي، وبصفة خاصة إذا تم الجمع بينه وبين أمثلة ذات صلة من اختبار الشخص ذاته.

وموضوع المعتقدات المتعارضة قد يُثار أحيانًا إذا جمع بين العلاج السلوكي المعرفي مع المؤثرات العقلية. ومن الجلي أن العلاج السلوكي المعرفي يرمي إلى تعليم مهارات ضبط النفس لتغير المعارف والسلوكيات التي أسيئ التكيف معها. والعلاجات المؤثرة على العقل من المحتمل أن تدعم الاعتقاد أن المشاكل تنجم عن اختلال في التوازن العصبي

الكيماوي، وهذا بدوره قد يقلل الأهمية المعروفة للعلاج السلوكي المعرفي كعلاج. وطبقًا لهذا، فإن العملاء الذين يعانون من حالة قلق مستمر ومطول الذين يتلقون علاجًا بواسطة مخطط كهربائية العقل EMG دون مساعدة علاجية يمارسون تدريبات الاسترخاء أكثر من هؤلاء الذي يعطون علاج diazepam (فاليوم) المهدئ بشكل إضافي (Lavallee, Lamontagne, Pinard, Annable, & Tetreault, 1977).
وهناك دليل آخر يشير إلى أن نسبة المكاسب العلاجية إلى العلاج وليس إلى البراعة الشخصية تساند الحالات التي يكون فيها الجمع بين العلاج السلوكي المعرفي مع الأدوية أقل من العلاج السلوكي المعرفي وحده. وأن نسبة المكاسب العلاجية إلى علاج مضاد للحصر النفسي والقلق بالنسبة للمرضى الذين تم علاجهم بالأدوية إلى جانب العلاج عن طريق التعرض أو التدريب على الاسترخاء يتنبأ بانسحاب تالٍ للأعراض والانتكاسة (Basoglu et al., 1994). ونتائج هذه النسبة يمكن معادلتها ببدء العلاج السلوكي المعرفي كعلاج أولي قبل العلاج بالأدوية، وبإضافة جلسات تعزيز بالعلاج السلوكي المعرفي عقب انتهاء العلاج بالأدوية. وإذا تم عمل ذلك، من المحتمل بالأكثر أن يُعزى التحسن إلى العلاج السلوكي المعرفي، وعلى ذلك يتم التشجيع على استخدام العلاج السلوكي المعرفي، وتقليل الانتكاسة عند إيقاف استخدام الدواء.

وأخيراً، قد تكون هناك عوائق ثقافية تواجه العلاج السلوكي المعرفي. وكما أشرنا في مواضع كثيرة من هذا الكتاب، فإن التحليل الوظيفي السليم يأخذ في اعتباره العوامل الثقافية التي تؤثر في المشكلة من ناحية السلوكيات والعواطف أو الأفكار. وعلاوة على ذلك، فإنه يتم التأمل في السياقات والقيود عند تصميم العلاج السلوكي المعرفي وتنفيذه. وهذا الشكل من العلاج يتفق تمامًا مع قيم التغيير السائدة في أوروبا وأمريكا الشمالية ومع الإفصاح عن مكنون الذات، والاستقلال والحرية والتفكير العقلاني (انظر Hays & Iwamasa, 2006). وهذه

القيم تتعارض مع قيم التناغم، والقيم العائلية والروحية التي نراها متأصلة في الثقافات الاسيوية واللاتينية، والإفريقية والامريكية، وغيرها من الثقافات. وهكذا فإن العلاج السلوكي المعرفي الذي يتجاوب من الناحية الثقافية يعترف بهذه التأثيرات. ويتم تعديل استراتيجياته على هذا الأساس وكما هو واضح في الفصل التالي، يوصي الدليل أن هذه التعديلات لها أثرها الفعال.

5

التقييم

العلاج المعرفي السلوكي هو أكثر علاج نفسي تجريبي يلقى الدعم والمساندة. والتحليلات المتغيرة لفاعلية العلاج السلوكي المعرفي يتم تجميعها دائمًا مع علاجات في معظمها علاج معرفي في طبعته مع اخرى هي بالأكثر معرفية سلوكية في طبيعتها. وثمة عدة تحليلات متغيرة قامت بتقييم العلاج السلوكي المعرفي عبر سلسلة عريضة من الاعتلالات الجسدية أو النفسية (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). وهذه الاعتلالات كانت كالتالي: اكتئاب للراشدين أحادي القطب، اكتئاب مرحلة المراهقة أحادي القطب، نوبات الذعر سواء مع رهاب الخلاء أو بدونه، الرهاب الاجتماعي، مرض الوسواس القهري، اعتلال من الضغط الذي يعقب الإصابة بالمرض، مرض الفصام، المحنة المتعلقة بالزواج، الغضب، النهم العصبي (بوليميا)، اضطرابات الطفولة والتي تضفي عليها السمة الذاتية، الإساءة الجنسية، والألم المزمن. وكانت المقارنات دائمًا دون علاج، أو دون مشورة داعمة غير موجهة مثل السيطرة بدواء يُعطى لإرضاء

العميل. ثم إن دراسات قليلة جدًّا هي التي قامت بالمقارنة بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاجات النفسية الاخرى التي تتم ممارستها، مثل العلاجات النفسية الدينامية، وكانت نتيجة المقارنة كالاتي:

أولاً: اعتبر العلاج السلوكي المعرفي على أنه فعال بدرجة كبيرة بالنسبة للحصر النفسي أحادي القطب الذي يصاب به البالغون، علة الحصر النفسي الذي خلعت عليه سمة العمومية، علة الذعر مع رهاب الخلاء أو بدونه، علة الضغط بعد الإصابة بالأذى، والحصر النفسي الذي يصيب الأطفال، وأمراض الكآبة، مع نتيجة أساسية كبيرة حجمها 0.95 (SD = .08) وذلك بالمقارنة مع حالة عدم العلاج، وقائمة الانتظار، مع السيطرة على الأدوية المهدئة التي تعطى إرضاءً للمريض. وهذه النتائج تتناغم مع تحليل حديث لعلاج اعتلالات الحصر النفسي بواسطة العلاج السلوكي المعرفي، مع استبعاد رهابات معينة من قبل Norton and Price (2007). والعلاج السلوكي المعرفي كان أكثر فعالية من عدم العلاج، أو العلاج بالمهدئات التي تُعطى لإرضاء العميل في كافة العلل. ومما يجدر بالذكر أن تكرار الجلسات ومدتها وشكل العلاج الفردي بالتقابل مع العلاج في إطار مجموعات، لم تُنسب للنتائج (Norton and Price 2007)).

وقد انتهى Butler and collegues (2006) أيضًا إلى أن العلاج السلوكي المعرفي كان فعالاً للغاية بالنسبة لبوليميا الاهتياج العصبي (حجم النتيجة الاساسية 1,27, SD = ,11) في كثير جدًّا من الحالات أكثر من العلاج بالأدوية. كذلك يُضاف العلاج السلوكي المعرفي إلى العلاج بالادوية لعلاج فصام الشخصية وتم الحصول على نتائج متوسطة من العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة للمحن الزوجية، والغضب، والعلل الجسدية عند الأطفال، والعديد من الآلام المزمنة، ولها علاقة بمجموعات السيطرة (حجم النتيجة الرئيسية ,62, SD = ,11)، في حين أن فعالية العلاج السلوكي المعرفي للإيذاء الجنسي كان منخفضًا نسبيًّا (حجم النتيجة 0.35).

والنتائج التي حققها العلاج السلوكي المعرفي والاكتئاب يبدو أنها أقل فعالية إلى حد ما في العينات الخاصة في الأعمار المتقدمة مقارنة بمرحلة منتصف العمر أو الطفولة/ والعينات المأخوذة من مرحلة المراهقة (على سبيل المثال، Kraus, Kunik, & Stanley, 2007). وعلى الرغم من ذلك، ما زال العلاج السلوكي المعرفي أكثر فعالية من العلاج المعتاد الخاص بالاكتئاب الذي ينتاب كبار السن (Laidlaw et al., 2008)، وقد أشار التحليل اللاحق إلى أن العلاج السلوكي المعرفي كان أكثر فعالية من قائمة الانتظار وظروف سيطرة فعالة في علاج الحصر النفسي في السن المتقدم (Hendriks, Oude Voshaar, Keijsers, Hoogduin, & van Balkom, 2008).

وعلى وجه العموم، تميل نتائج العلاج السلوكي المعرفي إلى الاحتفاظ بفترات متابعة تمتد من 6 إلى 24 شهرًا (على سبيل المثال، Butler et al., 2006; Haby et al., 2006; Norton & Price, 2007). وانتهى تبلر وزملاؤه إلى أنه كان يوجد دليل لصيانة مكتسبات العلاج بالنسبة للاكتئاب، والحصر النفسي العام، ونوبات الذعر، الرهاب الاجتماعي، والوسواس القهري، والأذى الجنسي، وانفصام الشخصية، وعلة الطفولة التي تتسم بسمة شخصية. أما النتائج بعيدة المدى كانت قوية وبصفة خاصة بالنسبة لحالات الاكتئاب والذعر، حيث تكون نسبة الانتكاسة تقريبًا نصف معدل الانتكاسة التي تتبع العلاج بالأدوية.

وعلى الرغم من ذلك، تحدث بعض الانتكاسات أو حالات عدم الاستجابة. ومعظم البحث في هذا الموضوع ينتمي إلى العلاج السلوكي المعرفي الخاص بالاكتئاب. وفي تحليل لاحق للدراسات البحثية كانت تركز بصفة خاصة على النكسة التي تحدث عقب العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب، ونسبة الانتكاسة التي تأتي بعد العلاج بالأدوية. وعلى الرغم من ذلك، تحدث بالفعل بعض الانتكاسات أو عدم

الاستجابة وفي تحليل لاحق لدراسات بحثية كانت تركز بصفة خاصة على الانتكاسة التي تتبع العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب، 29% انتكسوا في غضون سنة واحدة، 54% في غضون سنتين من عدم مواصلة العلاج السلوكي المعرفي (Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). ومما هو ملحوظ، أن هذه المعدلات هي أقل من معدلات الانتكاسة التي تحدث بعد وقف العلاج بالأدوية، واستمرار نقص الانتكاسة بالنسبة للعلاج السلوكي المعرفي بالمقارنة مع استمرار العلاجات الأخرى. وقد كرر Dobson and colleagues (2008) هذه النتائج، مع انتكاسات أقل في حالة وقف العلاج بالنسبة إلى العلاج بالأدوية. ونماذج الانتكاسة كانت أقل من ناحية الدراسات في سياق العلل الجسدية أو النفسية الأخرى. ومن ناحية العلل الخاصة بالحصر النفسي والقلق، أفادت إحدى الدراسات أن 27% من الأفراد المصابين بنوبات الذعر وممن وصلوا إلى حالة التحرر من نوبات الذعر مع نهاية العلاج السلوكي المعرفي كانوا قد تلقوا علاجًا إضافيًا لنوبات الذعر على مدى الأربعة والعشرين شهرًا التالية (Brown & Barlow, 1995). ومن الجلي أن الأمر في حاجة إلى المزيد والمزيد من الأبحاث عن نماذج الانتكاسة، والبحث عن علاج بعد الانتهاء من العلاج السلوكي المعرفي، وإلى طرق لمواجهة الانتكاسة. وفي مجال علاج الاكتئاب—وعلى سبيل المثال—تبين أن أساليب تعتمد على وعي كبير ثبت أنها تقلل الانتكاسة (Teasdale et al., 2002). ودور الوعي الكبير بالنسبة للانتكاسات الخاصة بعلل جسدية أو نفسية أخرى إنما هي لا تزال في حاجة إلى بحث.

وفي غياب الأبحاث، نجد أن التقارير المتعلقة بالانتكاسات وعدم الاستجابة، وإن كانت قليلة في العدد، إلا أنها تكون أقل أملًا مما تكون عليه في حالات البحث. وقد اكتشفت إحدى الدراسات الطبيعية—وعلى وجه الخصوص—أن العلاج السلوكي المعرفي قصير الأمد للعديد من العلل الجسدية والنفسية قد حدّت من الفوائد

بعيدة المدى، من 2 إلى 14 سنة بعد تقديم العلاج (Durham et al., 2005). وعلى سبيل المثال، في دراسات للحصر النفسي والقلق، أفاد 64% منها أنهم تلقوا علاجًا على مدى فترة المتابعة.ويتبقى أن نرى ما إذا كانت النتائج التي جاءت في إطار عالمي حقيقي كانت أقل تأثيراً من التجارب البحثية بسبب طبيعة العميل (ربما كانت أشد قسوة أو تعقيدًا من العملاء الذين يخضعون لتجارب بحثية)، و/ أو نتيجة أن العلاج السلوكي المعرفي لم يقدم بكفاءة كثيرة أو تركيز مثل التجارب التي تجرى للفاعلية التي تحت السيطرة. واستعراض الكتابات التي تعني بالطفل نجدها قد حددت اختلافات جوهرية في التدخلات القائمة على المجتمع في مقابل التدخلات القائمة على البحث. وتتضمن هذه الاختلافات تركيزاً كبيراً على حل المشاكل متعددة الوجوه، ومرونة في التجاوب مع الموضوعات التي يطرحها العملاء في كل جلسة (في جهد لمعاملة العميل بشكل كلي) في الحالة السابقة إذا ما قورنت بتركيز ضيق الأفق تم التخطيط له بوضوح، وفرض جدول أعمال وتدريبات سابقة الإعداد في الحالة الأخيرة (على سبيل المثال، Weisz, Jensen, & McLeod, 2005). وهذه الاختلافات الجوهرية قد تكون هي سبب المعدلات المنخفضة بشكل كبير للفاعلية في أوضاع قائمة على المجتمع، مقارنة لدراسات بحثية، وعلى الأقل بالنسبة للعلل الجسدية أو النفسية التي تصيب الأطفال.

وهناك توضيح آخر لنجاح العلاج السلوكي المعرفي وهو النسبة المئوية للأشخاص الذين إما أنهم يرفضون هذا العلاج وإما يتوقفون عنه بعد الشروع فيه. وإنه من الصعوبة تقدير أعداد الذين يرفضون بدء هذا العلاج، على الرغم من أن Issakidis and Andrew (2004) ذكرا أن 30,4 % من العينة التي ضمت 731 فردًا ممن كانوا يحضرون عيادة القلق والحصر النفسي لم يبدأوا العلاج. ثم إن الاحتكاك قبل العلاج كان مرتبطًا أيضًا بمستويات عالية من الاكتئاب. وقد تتحسن معدلات الدخول في العلاج السلوكي المعرفي عن طريق

معلومات تمهيدية، مثل الكتيبات أو أفلام الفيديو التي تصف أساليب العلاج السلوكي المعرفي، وهذا أمر له قيمته بصفة خاصة لمجموعات الأقلية (Organista, 2006). وهناك المزيد من الدراسات التي قيمت التسرب من العلاج بالتحليل النفسي السلوكي بعد البدء فيه. وعلى سبيل المثال، في تجارب عشوائية وكانت تحت السيطرة (Haby, Donnelly, Corry, & Vos, 2006)، كان معدل الاحتكاك الرئيسي لنوبات الذعر بلغت 19% (المدى من صفر - 54%)، أما بالنسبة لنوبات الحصر النفسي والقلق قد بلغت 7,8% (المدى من صفر - 17%)، وبالنسبة للكآبة 11,4% (المدى بين صفر - 37%). وفي معالجة الحصر النفسي في مرحلة الطفولة، ذُكر أن الاحتكاك وصل إلى 23% (على سبيل المثال، Pina, Silverman, Weems, Kurtines, & Goldman, 2003). وقد أخفقت كل الأبحاث في إيجاد الفروق بين "من يكملون العلاج"، "الذين لا يكملونه" من ناحية مستويات بداية الأعراض أو العوامل الاجتماعية والسكانية، على الرغم من أن القوة المحدودة لمعرفة الاختلافات قد تكون هنا موضع جدل. وبرغم ذلك، ذكر Oei and Kazmierczak (1997) أن أولئك الذين تسربوا من مجموعة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب، أسهموا بشكل أقل أثناء جلسات العلاج مما كان عليه الحال بالنسبة لمن أكملوا العلاج. وكما ذكر في موضع آخر، المشاركون في العلاج السلوكي المعرفي في مرحلة مبكرة من العلاج، قد يتأثرون بتوقعهم حدوث تغيير (على سبيل المثال، Westra et al., 2007). واللافت للانتباه أن إضافة العلاج الدوائي للعلاج السلوكي المعرفي كثيراً ما ينجم عنه أعداد من المتسربين أكثر مما يحدث في العلاج السلوكي المعرفي وحده (على سبيل المثال، Furukawa, Watanabe, & Churchill, 2007) الأمر الذي يعكس النتائج السابق وصفها.

وكما سبق وذكرنا، فإن القسوة والتعقيدات التي تحيط بالبداية، هي مؤشرات لتحسن أقل من المعتاد بالعلاج السلوكي المعرفي(مثال

Haby, Donnelly, Corry, Vos, 2006). إن القسوة والتعقيد يشملان ملامح مثل عَرَض الشدة، وملازمات المحور الثاني المرضي (Comotbid Axis 2 syndrome) والمضاعفات الطبية، وضغوط الحياة. وعلى صعيد آخر، فإن العلاج السلوكي المعرفي الذي يعالج بنجاح علل جسدية أو نفسية ظهر أنه يقود التحسينات في المحيط الأرضي (على سبيل المثال، Brown & Barlow, 1995; Craske et al., 2007).

بيانات الآلية: دور التغييرات في المعرفة

يفترض نموذج التقييم المعرفي أن الآلية العلاجية الفعَّالة هي تغيير في افتراضات الاختلال الوظيفي والمعتقدات الأساسية في اتجاه أن تكون أكثر عقلانية أو أكثر قيامًا على أساس الدليل. وعلى الرغم من ذلك، فإن الدليل المتوفر فيما يختص بالآليات يثير أسئلة مهمة عن دور التغييرات بالنسبة للمعرفة المدركة. وقد استعرض Longmore and Worrell (2007) الدليل المتعلق بالدرجة التي تُعد عندها التعديلات الواضحة المباشرة في المعارف التي تم التكيف معها بشكل سيء ضرورية أو كافية للعلاج السلوكي المعرفي . وقد قاما أولاً بفحص مكونات الدراسات التحليلية، حيث تمت مقارنة الاستراتيجيات المعرفية باستراتيجيات السلوكيات والجمع بينهما. ومع أنها قليلة في العدد نسبيًّا، وتختص فقط بعلاج الحصر النفسي والقلق والاكتئاب، كانت النتيجة هي أنه لم يكن هناك في أي من الحالتين دليل قوي على أن الأساليب المعرفية تعطي نتائج أفضل من الأساليب السلوكية (أعني العلاج عن طريق التعرض، والتفعيل السلوكي) وحدها، أو أن الأساليب المعرفية تضيف فائدة للأساليب السلوكية. وكل المواد التي نُشرت منذ استعراضها تؤكد هذه النتيجة. أي أن Norton and Price (2007) في تحليلاتها الأخيرة لم يجدا أية اختلافات في العلاج

المعرفي، والعلاج عن طريق التعرض، والاسترخاء، أو الجمع بينها من أجل علاج اضطرابات القلق. وفي تحليل أخير لسبع عشرة تجربة عشوائية لعلاج الاكتئاب، تبين أن العلاج السلوكي الذي تم بدون استراتيجيات معرفية أنه فعال بنفس الدرجة كعلاج معرفي سلوكي (Ekers, Richards, & Gilbody, 2008). وأخيراً، في البحوث الخاصة بالاكتئاب، كانت الفروقات بين العلاج المعرفي والتنشيط السلوكي قليلة (Doboson et al., 2008).

وهكذا، فإنه على الرغم من التفوق العارض للعلاج القائم على المعرفة فوق العلاج السلوكي وحده (على سبيل المثال، الرهاب الاجتماعي، Clark et al., 2006)، إلا أن النتائج بعدم وجود اختلافات كانت كثيرة ومفحمة، وأدت بالكثيرين من الباحثين إلى استنتاج أن المكون المعرفي للعلاج السلوكي المعرفي لا ضرورة إليه (على سبيل المثال، Hayes, 2004). والأمر اللافت، هو أنه توجد نتيجة بديلة، مفادها أنه في حين أن العلاج المعرفي قد لا يضيف الكثير لنتائج العلاج السلوكي إلا أن العلاج المعرفي في حد ذاته يظل علاجًا فعَّالاً. وعلى ذلك، فإنه بوسع العملاء والمعالجين أن يختاروا العلاج الذي يفضلونه من بين هذين العلاجين الفعَّالين. العلاج السلوكي والعلاج المعرفي. وكما قال Borkovec and colleagues (2002)، كل أسلوب قد ينصب على جزء مختلف من النظام لتحقيق التغيير.

وذكر Longmore and Worrell (2007) سببين يبينان السبب في أن أساليب العلاج المعرفي لا تضيف الكثير للأساليب السلوكية. أولاً، الجزء الأكبر من الاختلاف في النتيجة يمكن عزوه إلى نتائج العلاج المشتركة غير المحددة بين العلاجين. وثانيًا، معايير الناتج قد لا تكون حساسة بما يكفي لمعرفة الفروقات بين الظروف التي تم العلاج في ظلها. وثمة احتمال آخر، وهو أنه في محاولة لتقييم الاجزاء المكونة للعلاج السلوكي المعرفي ، لم يتم تحديد فعالية كل جزء بشكل

واضح. وعلى سبيل المثال، عند مقارنة العلاج عن طريق التعرض فقط مع العلاج الذي يتم عن طريق التعرض مضافًا إليه التركيب المعرفي، فإن الحالة الثانية قد تضعف نتيجة تخفيض مقدار الانتباه إلى التعرض الذي تم نتيجة الاضطرار إلى الاهتمام بالنواحي المعرفية. بل إن الأكثر من ذلك، هو أن أحجام العينة المحدودة لمعظم الدراسات في ذلك الحين ربما تكون قد حدَّت من القدرة على تعيين الاختلافات الخاصة بالمجموعة.

وعلى الرغم من ذلك، تم التشديد على احتمال آخر طوال هذا الكتاب—وهو أن العلاج المعرفي له نفس فعالية العلاج السلوكي ولا يضيف الكثير إلى نتائج العلاج السلوكي لأن الأساليب المعرفية والسلوكية هي بالضرورة علاجات متداخلة تشترك في الإجراءات والآليات. وعلى سبيل المثال، وكما ذكرنا في مواقع سابقة يتضمن العلاج المعرفي كعادته خطوات سلوكية مباشرة، بما في ذلك إجراء التجارب السلوكية كأداة لجمع الأدلة، وعلى ذلك فهي تتداخل بوضوح مع علاجات ذات اتجاه سلوكي أكثر. ويُضاف إلى ذلك، نجد أنه قد تثار أيضًا آليات نظرية التعلم بنفس الخطوات السلوكية المفروض أن يتضمنها العلاج المعرفي لتحقيق التغيير عن طريق إزالة كل ما قام على أساس فهم خاطئ. أي أن التجارب السلوكية التي قُصد بها جمع الأدلة الخاطئة قد تُستخدم أيضًا لتغيير نماذج الدعم، وأن تؤدي إلى التعود، وأن توجد توقعات منع جديدة على مستوى التطبيب التجريبي. ثم إن تعلم آليات النظرية قد يُثار من خلال عنصر المناقشة اللفظية للعلاج المعرفي. وعلى سبيل المثال، وكما سبق القول، التطبيب التجريبي المنطقي قد يستخدم للانتقاص من قيمة فعالية المحفز غير المشروط وعلى ذلك يسهم في الإزالة (Cracknell & Davey, 1988; White & Davey, 1989)، ثم إن تعلم التفكير في الرفض الاجتماعي بطريقة أقل سلبية، قد يسهم في إزالة استجابات الخوف المشروطة للأوضاع الاجتماعية. وقد حاول Boyd and Levis (1983) بالقول إنه

بدراسة محفزات الخوف وتخيلها، يمثل العلاج المعرفي صيغة متدنية من التعرض والتي تسمح بحدوث التعود، والإزالة والتفوق (التي من المفترض أن توجد الأساليب القائمة على التعرض)، والإجراءات القائمة على التعرض (على سبيل المثال، التعرض للمواقف التي تحدث الخوف). وعلى سبيل المثال، بتكرار التعبير عن السلوكيات الجازمة، والمعتقدات عن الذات، وأن العالم قد يصبح أكثر إيجابية.

ومن أجل هذه الغاية، فإنه ليس مما يدعو إلى الدهشة أن التغيرات في التقييمات المعرفية تأتي نتيجة وسائل التدخل المعرفية والسلوكية أيضًا (على سبيل المثال، Feske & Chambless, 1995; Jacobson et al., 1996). والواقع أن المعارف تتغير نتيجة أساليب العلاج بالأدوية أيضًا (على سبيل المثال، McManus, Clark, & Hackmann, 2000). وقد انتهى Garratt and colleagues (2007) إلى أنه في استعراضهم للعلاجات الدوائية والعلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب أن المزيد من الدراسات لم تظهر أية اختلافات سوى في مقدار التغير المعرفي الذي نشأ. وعلى الرغم من ذلك، فقد حذروا من أن بعض هذه الدراسات ربما لم تكن قد تهيأت بشكل كاف لتحدد الاختلافات، ورفع احتمالية أن التغيير المعرفي نتيجة العلاج المعرفي هو "أعمق" من التغيير المعرفي الذي ينجم عن العلاج بالأدوية. وقد قام هذا الاحتمال على الدليل القائل إن أولئك الذين تم علاجهم بالأدوية يستمرون أكثر نشاطًا من الناحية المعرفية لحالة الاكتئاب من أولئك الذين يعالجون بالعلاج المعرفي، وأن الفعالية المعرفية تنبئ بانتكاسة (Segal et al., 1999, 2006).

والتغير في المعرفة وحده لا يعد مؤشرًا لعامل سببي. والمطلوب هنا اختبارات للتوسط، التي ينظر فيها إلى التغيير في المعرفة على أنه مؤشر لتغيير لاحق في نتائج العَرَض. وقد بينت دراسات قليلة هذه النتائج. ومن استعراضها انتهى Hollon and DeRubeis (2004)

إلى أن التغييرات في المعرفة أثناء العلاج المعرفي قد تنبأت بتغيير في الأعراض. وعلى غرار ذلك، اكتشف Hofmann (2004) أن التغييرات التي حدثت قبل العلاج وبعده في المتغير المعرفي "في التكلفة الاجتماعية المقدَّرة" أشارت إلى تخفيضات في التوتر الاجتماعي في الأفراد المتوترين اجتماعيًا والذين تم علاجهم بواسطة العلاج السلوكي المعرفي. وقد اكتشف Kendall and Treadwell (2007) أن التغييرات في التعبيرات الذاتية التي تعبر عن القلق حققت مكاسب علاجية في الأطفال الذين يعانون من اضطرابات القلق والذين يعالجون بالعلاج بالتحليل النفسي السلوكي.

وعلى الرغم من ذلك، توجد امثلة أخرى لا نجد فيها تدخلاً معرفيًا. وفي البحث الذي أجراه Jacobson and colleagues (1996) عن العلاجات المعرفية والسلوكية المستخدمة في الاكتئاب، نجد أن التغيير في المعرفة في العلاج المعرفي لم ينبيء بتغييرات لاحقة في الأعراض. وهكذا أيضًا، لم يكتشف Burns and Spangler (2001) أي دليل عن رابطة علاجية بين مواقف الإخلال الوظيفي والتغييرات في الحصر النفسي والاكتئاب بين عينة كبيرة (n = 521) من أولئك الذين يتلقون العلاج السلوكي المعرفي في العلاجات الخارجية. وعلاوة على ذلك وجد Jarrett, Vittengl, Doyle, and Clark (2007) أن التغييرات في أعراض الاكتئاب فسرت التغييرات في المعرفة وليس العكس. وهكذا، انتهى Longmore and Worrell (2007) إلى أن الدليل التجريبي بالنسبة للتدخل المعرفي في التغييرات العلاجية يُعد دليلاً ضعيفًا.

وقد أضاف Kazdin (2007) سببًا آخر يستحق الاهتمام، وهو أن عددًا من الدراسات تشير إلى تغيير في الأعراض وذلك في وقت مبكر نسبيًا من العلاج (على سبيل المثال، Crits-Christoph et al., 2001; Tang & DeRubeis, 1999) مثل تنفيذ استراتيجيات التغيير المعرفي

بشكل تام. ثم إن 60% حتى 80% من تغيرات في الأعراض والتي تحدث في الجلسة الرابعة من العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة لعدد من العلل الجسدية أو النفسية (على سبيل المثال، Ilardi & Craighead, 1999). وعلاوة على ذلك، ذكرت عدة دراسات أن التحسن المبكر في العلاج السلوكي المعرفي للحصر النفسي والاكتئاب إنما هو مؤشر لنتائج إجمالية (Westra, Dozois, & Marcus, 2007). وقد قال Ilardi and Craighead (1994) إن الاستجابة المبكرة جاءت نتيجة الأمل، أو تحفيز للتغيير والاعتقاد أن الإنسان بوسعه إحداث تغيير. ودور الرجاء كوسيلة للاستجابة العلاجية المبكرة لا ينكر بالضرورة دور التغيير المعرفي، في الأجزاء اللاحقة من العلاج. والواقع أن Hayes and colleagues (2007) حللوا قصصًا عن مرضى مصابين بالاكتئاب يخضعون لعلاج تعرض قائم على أساس العلاج السلوكي المعرفي، وانتهوا إلى أن الاستجابة المبكرة جاءت وليدة الامل، أما الاستجابة اللاحقة فقد جاءت بتحفيز من العمليات المعرفية العاطفية. وعلى الرغم من ذلك، فإن حقيقة أن غالبية استجابة الأعراض تحدث في معظمها من العلاج دون تدخل معرفي توحي بأنه إذاكان للتدخل المعرفي أن يقوم بدور ما في وقت لاحق، فإنه دوره أقل وبدرجة كبيرة من أي شيء كان في الاستجابة المبدئية.

وهذه النوعية من النتائج قادت Kazdin إلى استنتاج أنه "ربما يكون بمقدورنا أن نقول الان بمزيد من الثقة عما كان عليه الحال من قبل إنه أياً كان ما يشكل أساسًا للتغييرات في العلاج المعرفي، فلا يبدو أن الأمر هو المعارف كما سبق أن اقترح أساسًا (2007، p. 8). ويرجع جزء من الصعوبة في عمل التدخل المعرفي مرده أن المفاهيم نفسها مدعاة للجدل. وقد انتُقدت العلاجات المعرفية بكافة نوعياتها لافتقارها إلى وضوح المفاهيم، والافتقار إلى إعمال المفاهيم بوضوح، والتغيير المفاهيمي والمصطلحات الفنية بشكل متزايد.

وعلى سبيل المثال، ما هو بالضبط المقصود بكلمة "خطة"، وكيف يتم قياسها؟ وعلاوة على ذلك، ما هي نواحي الخطة التي يجب أن تتغير طوال فترة العلاج وكيف يمكن تقرير ذلك؟ فهل الموضوع هو أن الخطط الأصلية هي التي يتم تغييرها، أو إبطالها، أم يتم وضع خطط جديدة؟ وبدون وضوح عند هذا المستوى، فإن اختبارات التدخل تظل موضع جدال.أما قياسات التكوينات المزعومة تظل أيضًا موضع جدل، وحتى الآن، نجد أن غالبية دراسات التدخل المعرفي تعتمد على استبيان يعتمد على المعلومات الذاتية عن المعتقدات، مثل استمارة "تقدير الافكار" لقياس المعارف الكارثية عن نوبات الذعر (على سبيل المثال، Hofmann et al., 2007). و"مقياس الموقف المختل وظيفيًا" وذلك لقياس المعتقدات الخاصة بالأكتئاب (على سبيل المثال، Jarrett et al., 2007). والسؤال المشكوك فيه هو ما إذا كان التقرير الذاتي يعد مقياسًا صحيحًا للمعرفة أم لا. وعلى سبيل المثال، فقد تتأثر مقاييس التقرير الذاتي بسمات الطب للرد بطريقة معينة. ثم إن Smith and Allred (1986) and Zurawski and Smith (1987)، وجدوا أن قياسات المعتقدات غير المنطقية لها علاقات بقياسات المحنة أعلى من علاقاتها بعضها ببعض، إذ تعكس صحة قياسات الذات المحدودة هذه. وأخيرًا، والأمر المهم هو احتمال أن المصادقة على استبيانات التقرير الذاتي يضاهي التفكير الجاري السائد من دقيقة لأخرى، وعلاقاته بالتغييرات الجارية في التأثير أمر هو موضوع شك (Jarrett et al., 2007). وهناك حاجة لاختبار (في اللحظة والتو) عينات من المعرفة و/ أو المزيد من القياسات الموضوعية، مثل مهام القرارات المعجمية التي هي أقل عرضة لانحيازات من يقدم الإجابة. وعلى ذلك، يؤكد Mogg and colleagues (2001) أن الكثير من الادلة العلمية التي تدعم الافتراضات الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي —وجود وتأثير الخطط والمعتقدات الرئيسية، وتعديلاتها عن طريق النواحي التجريبية المنطقية—ابتليت بالمشاكل المنهجية وأن الافتراضات في حاجة إلى المزيد من التوضيح والدعم.

كيف يعمل العلاج السلوكي المعرفي مع مرضى مختلفين؟

يستمد الدعم التجريبي للعلاج السلوكي المعرفي بشكل تام تقريبًا من الدراسات التي تجرى مع الطبقة المتوسطة من الأوروبيين البيض أو الغربيين. والعلاج السلوكي المعرفي يتناغم مع قيم التغيير، والإفصاح الذاتي والاستقلال والحرية والتفكير العقلاني وهي السمات التي يتسم بها الأوروبيون والأمريكيون الشماليون، وهذه كلها تتنافر مع قيم التناغم، العائلية والجماعية، والروحانية التي تحدد الكثير من الثقافات الأخرى. والعلاج السلوكي المعرفي والذي يتسم بحساسية ثقافية يأخذ في حسبانه التأثيرات الثقافية التي تضع قيودًا على أهداف العلاج السلوكي المعرفي، ووسائله. وعلى سبيل المثال، نجد أن التدريب على التأكيد قد يكون موضع جدل بالنسبة لبعض الأشخاص الذين لا يُتوقع منهم أن يكونوا جازمين في ثقافتهم أو أنهم قد يحتاجون على الأقل إلى تعديل مواقفهم حتى يعكسوا بشكل أفضل القيم الثقافية والدينية. كذلك التفعيل السلوكي والتعاقد السلوكي قد يتم تعديلهما حتى يُصب داخلهما أهداف الاستقلال والحرية، ولا تتصارع مع القيم الثقافية التي تؤكد على العائلة والجماعية. ثم إن العلاج العقلاني العاطفي السلوكي، بتأكيده على مبدأ الفردانية، وضبط النفس، قد يتعارض مع هذه القيم أيضًا. ثم إن الرغبة في قبول العلاج عن طريق التعرض قد تختلف، وهذا يتوقف على مقدار التميز الذي يراه الأفراد في من يقدمون الرعاية الطبية بوجه عام (Miranda, Nakamura, & Bernal, 2003). وعلاوة على ذلك، فإنه في حين أن العلاج السلوكي المعرفي يهدف كعادته إلى تعديل التصريحات السلبية المفرطة عن الذات، فإن مثل هذا النقد الذاتي قد يُنظر إليه في ثقافات أخرى على أنه محفز على الإنجاز، مثلما هو الحال في الثقافات الصينية (Hwang & Wood, 2007). وإضافة إلى ذلك، فإن العلاج المعرفي قد يُعدل بالنسبة

للثقافات التي تؤكد على التوازن والأسباب غير المباشرة للأحداث وليس على العلاقة بين السبب والنتيجة التي يتبعها المختزلون. أي أن الطريقة التي قد ينفذ بها إعادة البناء المعرفي بفاعلية بالغة قد تختلف بين الثقافات، حيث نجد أن الثقافة الغربية أكثر مناسبة لتفسيرات بديلة سائدة لحدث معين وأن الثقافة الشرقية أكثر مناسبة لاثنين أو أكثر من التفسيرات التلقائية التي يمكن إحداثها اعتمادًا على السياق (Hofmann, 2006).

وبغية عمل هذه التكيفات يتطلب الأمر حساسية ثقافية وكفاءة، أو توفر الوعي الذاتي الثقافي، والمعرفة، والمهارات التي تسهل تسليم الخدمات الفعّالة للمرضى المختلفين من ناحية العرق والثقافة. وقد اقترحت أطر عن كيفية التناغم مع العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة لثقافات مختلفة، مثل الأمريكيين الذين من أصل صيني (Hwang, 2006)، ووصف للتكيف الثقافي الخاص بالعلاج السلوكي المعرفي بالنظر إلى ظهور العديد من النواحي المتعلقة بالمشكلة (على سبيل المثال، Hays & Iwamasa, 2006).

وفعالية العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة للمرضى المختلفين لا تزال في وقت مبكر من تطورها البحثي. أما الكتابات الحالية فقد راجعها بشكل موسع كل من ميراندا وزملائها[8]. ومعظم الدراسات تختبر التكيفات الثقافيةلبرامج العلاج السلوكي المعرفي التي كانت موجودة في ذلك الحين. وإلى جانب التعديلات التي أدخلت على استراتيجيات العلاج السلوكي المعرفي السابق ذكرها، فقد عُملت التكيفات لعملية توصيل العلاج السلوكي المعرفي، مثل تقديم العلاج السلوكي المعرفي باللغات القومية، واستخدام المواد المكتوبة، وتقديم خدمات إضافية مثل رعاية الطفل. وبالنسبة للاكتئاب الذي يصيب الأطفال ومن هم في مرحلة المراهقة، أشارت المراجعة إلى وجود نقص في الدراسات التي تقيّم النتائج في مجموعات عرقية مختلفة. وعلى الرغم من ذلك،

8. نتائج المراجعة قد وُصفت هنا دون سرد كامل لكل دراسة وذلك لضيق المساحة.

فقد وُجد أن التطبيقات الثقافية الحساسة للعلاج السلوكي المعرفي حققت نجاحًا في مجموعات ثقافية معينة، مثل المراهقين والمراهقات في بورتوريكو. أما من ناحية القلق والحصر النفسي في مرحلة الشباب والمراهقة، فهنالك دراسات تبين فعالية العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة للمراهقين الأمريكيين الأفارقة من ذوي الدخول المنخفضة. وقد وُجد أيضًا أن الأمريكيين الأفارقة والشباب في أمريكا اللاتينية يستجيبون بشكل لا يختلف عن الشباب القوقازيين بالنسبة للعلاج السلوكي المعرفي للقلق والحصر النفسي.

إن التدبير السلوكي العارض لاضطرابات ضعف الانتباه والحركة المفرطة قد تم تقييمه في مجموعات عرقية مختلفة: وقد تبين أن العائلات التي تنتمي إلى أقليات عرقية لها نفس معدلات الانخراط والرضا علىالمعالجة السلوكية مثل العائلات التي لا تنتمي إلى أقليات، ولكنها تظل أكثر تشددًا بالنسبة لمرحلة ما بعد العلاج من أولئك الذين لا ينتمون إلى الأقليات. وعلى الرغم من ذلك، لم تعد لهذه الاختلافات أهمية بعد السيطرة على المساوئ الاجتماعية الاقتصادية، الأمر الذي يعني أن الاختلافات مردها الوضع الاجتماعي الاقتصادي وليس إلى الاختلافات الثقافية. والتدخل السلوكي مثل تدريب الوالد أو الوالدة على التعامل مع الاضطرابات الناجمة عن المعارضة أو السلوك تبين أنها فعالة في تخفيض العلل الناجمة عن السلوك في الأطفال اللاتينيين كما هو الحال في الأطفال القوقازيين، وفي الأطفال الأفارقة الأمريكيين، واللاتينيين، والأمريكيين الأسيويين بالمقارنة مع الأطفال القوقازيين. وهكذا، استنتجت Miranda and colleagues (2005) أن المعالجة السلوكية والعلاج السلوكي المعرفي للحصر النفسي والقلق، والاكتئاب، والاضطرابات الناجمة عن السلوكيات المرضية، تُعد فعَّالة بالنسبة للأمريكيين الأفارقة والشباب اللاتينيين كما هو الحال بالنسبة للشباب القوقازيين.

أما من ناحية الراشدين، أوضحت عدة دراسات أن فعالية العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب في مجموعات الأقليات العرقية المختلفة. والجمع بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الدوائي تنجم عنه نتائج أفضل من العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة للمرضى الناطقين بالاسبانية الذين يعانون من الاكتئاب، في حين أن الأفارقة الأمريكيين يستفيدون أكثر من العلاج السلوكي المعرفي وحده.

أما المرأة اللاتينيات والأمريكيات اللواتي من أصل أفريقي والمصابات بالاكتئاب من ذوات الدخول المنخفضة فإنهن تستجبن بشكل جيد للعلاج السلوكي المعرفي الذي تم تعديله باستخدام وسائل ثقافية حساسة لتشجيع المرأة على الدخول في العلاج، وباستخدام الحصول على دخل من العمل كجليسات للأطفال ومصاريف الانتقال.

وعلاوة على ذلك فإن العلاج السلوكي المعرفي قليل التكلفة لمعالجة الاكتئاب لدى نساء الاقليات من ذوات الدخول المنخفضة بالمقارنة مع مرضى بقية المجتمع. وبالنسبة لمرضى الحصر النفسي للراشدين، فإنه على الرغم من التقارير العارضة عن تحسن أقل من الأمريكيين الافارقة، فإن معظم الدراسات تذكر نتائج علاجية مماثلة بين جماعات الأمريكيين الأفارقة والأمريكيين من ذوي البشرة البيضاء. وعلى سبيل المثال، تبين أن العلاج المعرفي للصدمات نافع بنفس القدر للنساء من ذوات البشرة البيضاء والنساء اللواتي تنتمين إلى أقليات عرقية اللواتي تعانين من كرب ما بعد الإصابة.

وهناك دراسات قليلة قامت بتقييم جماعات أقلية معينة من ناحية علاج الاضطراب العقلي بواسطة العلاج السلوكي المعرفي. وقد تبين أن برنامج علاج عائلي سلوكي لمرضى الاضطراب العقلي بين السكان الناطقين بالاسبانية من ذوي الدخول المدنية قد أعطى نتائج أقل بالنسبة للمرضى الذين ينتمون إلى ثقافات بدائية لم تطرأ عليها أية تعديلات.

وقد فسرت النتائج بأنها توحي أن التدخل بشكل عال قد يعتبر تطفلاً واقتحامًا من قبل العائلات التي تنتمي إلى ثقافات بدائية لم تطرأ عليها إلا تعديلات قليلة. وفي أماكن أخرى نجد أن العملاء الصينيين الذين تلقوا تعليمًا نفسيًّا خاصًّا بالاضطراب العقلي إلى جانب العلاج بالأدوية قد حققوا فوائد أفضل من أولئك الذين تلقوا علاجًا دوائيًّا فقط.

وقد انتهت Miranda and colleagues (2005) بوجه عام، إلى أن نتائج العلاج السلوكي المعرفي يبدو أنها عامة بالنسبة للأمريكيين الافارقة وسكان أمريكا اللاتينية، على الرغم من أن البيانات الخاصة بالأقليات العرقية الأخرى نادرة للغاية، وأن النتائج قاصرة على مجموعة فرعية واحدة من السلسلة العريضة للعلل والحالات النفسية. والدرجة التي يجب أن تكون التدخلات عندها متناغمة ثقافية غير واضحة، لأن الاختبارات التي تقارن بين العلاجات المعرفية السلوكية التي تم التكيف معها وتلك التي لم يتم التكيف معها في المجموعات الخاصة بالأقليات العرقية ليست متوافرة بعد. وبرغم ذلك، بوسع المرء أن يفترض أنه في إطار التحليل الوظيفي الجيد، يتم التعامل مع الموضوعات التي تنتمي إلى السياقات الاجتماعية الثقافية والتي تتعلق بوضع الجماعة التي تشكل أقلية، وهكذا سيكون الحال أيضًا بالنسبة للاشخاص الذين لا ينتمون إلى الأقليات. وكما ذكرت ميراندا وزملاؤها: "وهكذا، فإن معرفة الثقافة والسياق، والقدرة على التمييز بين ما يمكن التكيف معه ثقافيًّا في مقابل الناحية الباثولوجية (المرضية) تُعد في الحد الأدنى إذا أخذنا في الاعتبار العناية الكبيرة التي تعتمد على الناحية الثقافية" (2005، p. 134).

6

التطورات المستقبلية

العلاج السلوكي المعرفي يُعد في أيامنا هذه من بين أكثر مسائل العلاج التي تمارس وتكتب عنها الأبحاث، الأمر الذي يعني أنه يتطور بصفة مستمرة. وفي هذا الفصل نناقش مستقبل العلاج السلوكي المعرفي بما في ذلك إسهامات البحث المعرفي النفسي، والعقلانية كاسلوب، والثغرات المتبقية في كفاءة وفعالية العلاج السلوكي المعرفي.

وظيفة المعرفة بالمقابلة مع محتواها

وعلى النقيض من النظريات والعلاجات السلوكية، نجد أن النظرية المعرفية والعلاج تطورا في البداية دون علم قوي أو أسس نظرية. وقد وُجد علم النفس المعرفي بمعزل نسبي عن نظريات المعرفة والعلاجات المعرفية، ومنذ عهد قريب فحسب تقابل الاثنان. وعلم النفس المعرفي—من بعض النواحي—يوفر دعمًا لفرضيات العلاج المعرفي. وكمثال على ذلك، أوضح العلم المعرفي التحيزات الممثلة في التهديدات،

وتحيزات الذاكرة، وتشوهات التقييمات الخاصة بالمعلومات الغامضة التي تسم الأشخاص بالحصر النفسي والاكتئاب (على سبيل المثال، Mathews & MacLeod, 2005). وهذه التحيزات هي هدف العلاج المعرفي. وبرغم ذلك، فإن القيود للعلاج المعرفي على التقييمات الواعية باعتبارها هدف التدخل كانت مثيرة للجدل، على ضوء علم المعرفة، والذي يوضح أنه حتى الآن، تحدث غالبية التعامل مع المعلومات على مستويات ما دون الوعي، دون تقييمات واعية.

وقد تعرف علماء النفس المعرفيين منذ زمن طويل على نظامين معرفيين، احدهما آلي وبمعزل عن الوعي، والآخر يتسم بالوعي ويتطلب جهدًا أكثر[9]. والأمر الواضح بالأكثر أن معظم العمليات المعرفية لها إمكانية أن تتضمن تقارير كبيرة من المعلومات، وأنها تحدث بشكل سريع ودون وعي. ويؤكد Brewin (1996) أننا نصبح على دراية بمنتجات هذه العمليات التي تفتقر إلى الوعي وذلك في صيغة أفكار وصور. والنامية غير الواعية للتعامل المعرفي، من المعتقد أنها تتأثر بقوة بالتعلم السابق، وأنه يجب تنشيطها بشكل فطري تقريبًا (Brewin, 1996). وعلى النقيض من ذلك، العمليات الواعية بطيئة وعن عمد، ولكنها مرنة أيضًا وقابلة للتكييف. ويحاول Brewin بالقول أن الأساليب المعرفية والسلوكية المختلفة تعمل على مستويات مختلفة. وتؤكد العلاقات المعرفية لفظيًا المعرفة التي يمكن أن تكون في متناولنا في شكل التقييمات الواعية المتعلقة بمعنى الاحداث وأسبابها، في حين ان العلاجات السلوكية لها القوة، من خلال النجدة المباشرة، على التأثير في العمليات التي تحدث دون وعي. وعلى ذلك، فإن الدرجة التي يكون عندها التحدي المنطقي الاستدلالي للمعارف السلبية (على سبيل المثال، العلاج المعرفي) كافيًا للتعامل مع الاغلبية الهائلة للعمليات غير الواعية إنما هي موضع تساؤل (على سبيل المثال، McNally, 1994). واستجابة لهذه النوعية من الاهتمامات للنموذج المعرفي لاعادة التقييم، أولي الاهتمام لأساليب العلاج البديلة.

9. وهنا التمييز تم الاعتراف به في النسخ التالية من العلاج المعرفي (على سبيل المثال، Clark, Beck, & Alford, 1999).

وقام بقيادة هذه الحركة تيسديل وزملاؤه وذلك بالنسبة لعلاج الاكتئاب. وقد اقترح Teasdale and Barnard (1993) نموذجًا للطريقة التي تعامل بها المعلومات، وقد أُطلق عليه نموذج النظم الفرعية للتفاعل المعرفي، والذي يعتمد إلى حد كبير على العلم المعرفي. وفي هذا النموذج، نجد أن العمليات المقترحية على المستوى الأعلى، تمثل المعاني الواضحة والتي تنتظم مباشرة في اللغة. وعلى النقيض من ذلك، تمثل العمليات التضمينية مستويات عامة وقوية من المعاني البديهية لا تنتظم في لغة بشكل مباشر. وعوضًا عن ذلك، فإنها تبيّن "الشعور المحسوس" للاختبار. والأكثر من ذلك، فإن عمليات المعنى التطبيقي فقط هي التي ترتبط مباشرة بالعواطف. وعلى الرغم من ذلك، من الجلي أن العلاج المعرفي يرمي إلى العمليات الافتراضية. وعلى ذلك، فقد انتقد Teasdale (1993) نماذج التقييم المعرفية لأنها تهتم أساسًا بمعان أو معتقدات معينة. وهو يقول إن استهداف مثل هذه العمليات الافتراضية قد لا يكون كافيًا كوسيلة لتغيير العواطف، وهكذا فإنه يجادل بالقول إنه علاوة على استهداف معان معينة (كما هو الحال في العلاج المعرفي) فإن المعاني الدينية يتم أيضًا تناولها. وهذه الأخيرة تتم من خلال تدخلات ليس لها ما يثبتها مثل التشبيه المجازي الموجّه والاختبار اليقظ.

تنبيه الذهن (اليقظة)

لهذه الأسباب، قام تيسديل Teasdale وزملاؤه ببحث نتائج اليقظة.

> تتسم حالة اليقظة باختبار مباشر للحقيقة الحاضرة "في التو واللحظة"، وليس من خلال تفكير مفصل ومدروس على وضع المرء، وأصوله، وارتباطاته، وتورطاته. ويبدو أن التدريب على اليقظة مرتبط بالإقلال من الميل إلى الطفو في تيارات الفكر المفصل والمتروي فيه. ويتوقع من

هذا التدريب أن يخفض الميل لدى أولئك الذين ينزعون إلى الانتكاسة الكئيبة لكي يصبحوا سجناء للدورات المعرفية المتروي فيها والتي—بحسب ما ذكرنا—تقوم بدور في غاية الأهمية في الانتكاسة (Teasdale, Segal, & Williams, 1995, p. 34).

وقد اعتبرت اليقظة على أنها نافعة وعلى وجه الخصوص لأنها توقف تذبذب الحالات المعتدلة للتأثير السلبي في حالة احتمال حدوث انتكاسة، في حين اعتُبر العلاج المعرفي المباشر أكثر قيمة للمشاكل الأكثر شدة والمرتبطة بنوبات الاكتئاب الكبرى.

وقد واصل ويليامز وزملاؤه هذا النهج من البحث واختبروا العلاج المعرفي القائم على اليقظة، وهو علاج في إطار مجموعة حيث يدمج تخفيض الشدة القائم على أساس اليقظة (Kabat-Zinn, 1990). وفي هذا النموذج، يُعامل الاختلال الوظيفي المعرفي على أنه أحداث ينبغي ملاحظتها وليس أهدافًا يجب تحديها وإعادة بنائها. وبهذه الطريقة، تصبح المعارف بمعزل عن مركزية الذات، الأمر الذي يُعتقد بدوره أنه يؤدي إلى تقليل تأثيرها على العواطف. وقد أظهر أن العلاج المعرفي القائم على اليقظة له تأثير في تخفيض مخاطرة وقوع انتكاسات بالنسبة للأشخاص المصابين بالاكتئاب (على سبيل المثال، Teasdale et al., 2000) وكذلك العملاء بالاكتئاب الذين يقاومون العلاج (على سبيل المثال، Kenny & Williams, 2007).

العلاج القائم على القبول والالتزام

أساليب القبول وعدم مركزية المعارف ذات الاختلال الوظيفي تُعد جوهرية لعلاج سلوكي آخر، يُسمى العلاج عن طريق القبول والالتزام (Hayes, 1994). وهذا العلاج يقوم على أساس نظرية إطار علاقاتي (Hayes et al., 1999)، والتي هي نظرية سلوكية قرينية بعد سكينر، تبين كيف أن اللغة تؤثر في المعرفة، والعاطفة والسلوك. وطبقًا

لهذا النموذج، والذي يؤدي الاعتقاد بأن المرء يجب أن يسيطر على اللغة ويستجيب لها (على سبيل المثال، التعبير بالألفاظ، الأفكار، التحدث مع النفس، وإضفاء سمة الكارثة على العمل) يؤدي إلى فرص محدودة وإن كانت متزايدة للعمل الذي له قيمة.

وفي إطار العلاج القائم على القبول والالتزام، تُبذل محاولات صارمة للسيطرة على الحالات الداخلية المقيتة والتي أُشير إليها أيضًا على أنها تجنب تجريبي، وقد اعتُبرت منتجة في إطار تقبل العواطف (Eifert & Heffner, 2003). وقبول (1994) Hayes المحدد على أنه ترك واعٍ لجدول أعمال تغيير مباشر في أحداث خاصة، وصراحة لاختبار الأفكار والعواطف على ما هي. وعلى أساس ما يقوله Hayes and Pankey (2003)، يتضمن أسلوب القبول التعرف على التجنب التجريبي وتحديه (بمعنى التعرف على الاختلال الوظيفي التي تتسم به محاولة السيطرة على الخبرات الخاصة الداخلية)، وتشجيع الوعي، والمرونة والتعرض الصريح للأحداث السابق تجنبها (على غرار ما يتم في العلاج الذي يعتمد على التعرض ولكن بأسلوب يتعمد استكشاف المشاعر طوال فترة التعرض) وتشجيع إيجاد استجابات جديدة في حضور أحداث سبق تجنبها (على سبيل المثال، ملاحظة سمات موقف كان يُخاف منه سابقًا لم يسبق التعرف عليه سابقًا)، وأساليب الوقاية (مثل اليقظة) وإبعاد المرء نفسه عن الأحداث اللفظية الخاصة التي تؤدي إلى الوقوع في شركها.

ومن أجل توسيع السلوك، يساعد علاج القبول والالتزام العملاء على تغيير الأهمية الوظيفية للغة تحديد العمل. ولذلك، يشكل تعليم مهارات الحرص المعرفي مكونًا رئيسيًا، وهو يتضمن أن يبعد المرء نفسه عن المعنى الحرفي ومحتوى اللغة. ويتم تشجيع العملاء على استخدام هذه المهارات، والتي يتم تعلمها من خلال التدريبات التجريبية مثل الملاحظة اليقظة الواعية واستخدام التشبيهات المجازية

(أي، لغة غير خطية)، حينما تعوق الله العمل في اتجاهات الحياة التي لها قيمتها. وهكذا، ليس الهدف هو تغيير المعارف أو الأعراض، كما هو الحال في العلاج السلوكي المعرفي، بل بالأحرى التحمل اليقظ وقبول هذه المعارف والأعراض. وفي إطار العلاج القائم على القبول والالتزام، يُستهدف السلوك وحده وليس المعرفة لعمل تغير المحتوى.

وإلى جانب التغيير المعرفي، تتضمن المكونات الإضافية لعلاج القبول والالتزام فقدان الرجاء الخلاق، أو مساعدة العملاء على معرفة أن جهودهم الماضية من أجل التغيير، والسيطرة أو تجنب الحالات العاطفية المقيتة، والأفكار السلبية لم تنجح أو أدت بهم إلى التجنب، والحد من، و/ أو إضعاف أنشطة الحياة التي لها قيمة. والممارسات القائمة على القيم، مثل كتابة كلمة تكريم على قبر يتخيله المرء، تساعد العملاء على اكتشاف قيم الحياة وفحصها. والرغبة السلوكية، أو العمل الملتزم به، يتضمن اختيار السلوك بطرق تتناغم مع القيم المختارة، في مواجهة الأفكار والمشاعر الأليمة التي قد يتعرض لها المرء (Hayes et al., 1999).

العلاج السلوك الجدلي

تظهر فكرة القبول في سياق علاجات أخرى أيضًا، تتضمن علاج Linehan's (1994) السلوك الجدلي. وهذا العلاج يشدد على التوازن بين القبول والتغيير. وتحدد لينهان القبول علىأنه العملية النشطة للتوجه لاختبار خاص لحظة بلحظة. وأسلوبها في العلاج قد صُمم خصيصًا للأشخاص الذين تظهر عليهم سمات اضطراب الشخصية، ويشتمل استراتيجيات سلوكية موجهة نحو التغيير، مثل مهارات التدريب، والتعامل مع الحالات الطارئة، وحل المشاكل، مع استراتيجيات قائمة على أساس القبول والتسليم. وإضافة إلى ذلك، قد تكون بعض سلوكيات المشكلة مقبولة، في حين أن سلوكيات أخرى للمشكلة توجه نحو التغيير. ويوازن المعالجون أساليب الاتصال القائمة على القبول،

باستخدام الحرارة والأصالة وفي بعض الأحيان أساليب اتصال غير عادية قائمة على التغيير. ويتم تشجيع العملاء على التحرك من تفكير "إما - أو" إلى "كل من و..." وبدلاً من محاولة رفض أو تغيير العبارات السلبية عن الذات، فإن أسلوب العلاج السلوكي الجدلي قد يساعد العملاء على معرفة أفكارهم وكسلوك آخر، يقرون هذه الافكار عندما يكون ذلك مناسبًا، وعندئذ يقدمون وجهة نظر للتغيير أيضًا. كما تستخدم التشبيهات المجازية لتشجيع التفكير الجدلي، كطريقة لتسهيل دور موضوعي، كما يتم التشجيع على الملاحظة وقبول العبارات الموهمة بالتناقض.

العمل فوق المحتوى

وخلاصة القول، ينظر إلى هذه العلاجات السلوكية المعرفية الخاصة ليس باعتبار أنها محتوى فقط (وفي بعض الأحيان لا ينظر إلى المحتوى على الإطلاق) بل يُنظر بالاحرى إلى توظيف (عمل) المعرفة. ومما تجدر ملاحظته أن هذه هي الطريقة التي يتم التعامل فيها مع المعرفة في إطار العلاجات الخاصة بالتنشيط السلوكي للاكتئاب وغيرها من التدخلات السلوكية التي تستخلص من مباديء التكيف الذرائعية لتغيير محتوى المعارف، وتركز هذه العلاجات على طرق تقليل تأثير المعرفة على العواطف والسلوك عن طريق عدم المركزية أو القبول، دون محاولة تغيير المعرفة. وتشير النتائج إلى أن هذا الأسلوب يقلل معدل الانتكاسات في حالة الاكتئاب (Teasdale et al., 2002). وبرغم ذلك، هناك حاجة إلى المزيد والمزيد من البحث في موضوع الأساليب القائمة على أساس اليقظة والقبول، وذلك بالنسبة لعدد كبير من العلل النفسية والجسدية والجمع مع العلاج السلوكي المعرفي التقليدي أو المقارنة به.

تضمين آراء جديدة في نظرية التعلم

قيمة التعلم المعرفي وتأثيراته على نظرية المعرفة والعلاج يتم مضاهاته بالحاجة إلى أن تظل السلوكيات على نفس القدر مع آخر الآراء في علم السلوكيات. وبهذا العمل تنحاز تكنولوجيا العلاجات السلوكية إلى العلم الأساسي، بنفس الطريقة التي كان عليها عندما وُجد العلاج السلوكي لأول مرة. وقد تولد عن آخر المبادرات بعض الاحتمالات المثيرة للوصول بالتعلم إلى أقصى حد أثناء العلاج بالتعرض. وإحدى الاحتمالات مستمدة من النتيجة التسهيلية لتواجد المحفزات المشروطة بشكل مضاعف أثناء التدريب على الإزالة (Rescorla, 2001). وهذا يُطلق عليه "إزالة معمقة" ويفترض أن ينتج في تعلم فائق بسبب قوة عدم المضاهاة مع الخبرات الناجمة عن وجود أكثر من محفز مشروط له علاقة بمحفز مشروط وحيد فقط. ولم يكن يوجد أي بحث مباشر عن هذا الموضوع في العينات التي لدى المعالجين. وبرغم ذلك، فإن مفهوم الإزالة العميقة تمت ترجمته بسهولة إلى العلاج بواسطة التعرض، والواقع، أن هذه الطريقة تُستخدم في علاج علة الذعر والخوف، كذلك رهاب الخلاء، عندما تُستخدم المنبهات الداخلية في التعرض للمشاعر الفسيولوجية (على سبيل المثال، ارتفاع معدل ضغط الدم) وفي التعرض الفعلي للأوضاع التي تبعث على الخوف (على سبيل المثال، السير في متجر تسوق كبير) تم الجمع بالتالي بينها (على سبيل المثال، شرب شيء به مادة الكافيين المنبهة أثناء سيرك في متجر كبير، Barlow & Craske, 1988). وإذا أخذنا في الاعتبار المضامين الإكلينيكية المهمة، هنا يحتاج الأمر إلى بحث بخصوص الإزالة العميقة في العينات الإكلينيكية.

وهناك تطور مهم آخر تمثل في استخدام وسائل بيولوجية لتسهيل تعزيز تعلم الكبح أثناء الإزالة. وتعتمد إزالة الخوف على متقبلات

جلوتامين من نوعية NMDA، أو NMDAr (وذلك في Walker & Davis, 2002). ولكن كوابح (مثبطات) NMDAr تعوق الإزالة عندما يُعطى مباشرة وبشكل منتظم، أو يغرس مباشرة في إحدى لوزتي الحلق أثناء التدريب. وعلاوة على ذلك، فإن العلاجات النظامية أو داخل إحدى إحدى لوزتي الحلق بـ d- cycloserine، وهو مضاد لموقع ربط جلايسين بمتقبل NMDA، تسهل الإزالة في القوارض (Walker & Davis, 2002) على الرغم من أن ذلك لا يكون بشكل تام. (Vervliet, 2008). وقد جمعت بعض البحوث بين d- cycloserine وعلاج التعرض الذي يعالج الرهاب. ولكن النتائج الآن لا تزال مشوشة، مع وجود تقاليد عديدة لتعزيز العلاج بالتعرض، ولكن أحد التقارير يذكر أنه لا توجد نتائج (انظر Vervliet, 2008). وعلى الرغم من ذلك، فإن تقييمًا آخر عن تعزيز التعليم عن طريق العلاج بواسطة التعرض وذلك عن طريق وسائل بيولوجية من الواضح أنه مضمون.

لقد حدث بعض التقدم في البيولوجيا العصبية بالنسبة لتعلم الخوف وإزالته، مع الاهتمام بثلاث تركيبات عامة: لوزتي الحلق، قشرة مقدم الفص الجبهي، قرين آمون (انظر Sotres-Bayon, Cain, & LeDoux, 2006). وقشرة الفص الجبهي مستخدمة في السيطرة الفعلية واتخاذ القرار. وقد بينت أبحاث تمت منذ عهد قريب أن أجزاء معينة من قشرة مقدم الفص الجبهي (الجزء الداخلي الأوسط) أنها مسئولة أيضًا عن التنظيم العاطفي، وبصفة خاصة، القدرة على تفسير المحفزات العاطفية ومن ثم تغيير السلوك (Sotres-Bayon et al., 2006). ثم إن الإزالة في غير الثدييات مرتبط بالنشاط العصبي، والذي نجده بصفة أساسية في قشرة مقدم الفص الجبهي (على سبيل المثال، Rauch, Shin, & Phelps, 2006). كذلك أظهرت الابحاث التي أجريت على الإنسان أن التغييرات في وسط قشرة مقدم الفص الجبهي تحدث أثناء الإزالة (على سبيل المثال، Gottfried & Dolan, 2004). وعلى ذلك، فمن بين الاحتمالات أنه أثناء اختبار الإزالة تبذل قشرة مقدم

الفص الجبهي سيطرة مانعة على لوزتي الحلق. أما الوسائل السلوكية لتعزيز قشرة مقدم الفص الجبهي طوال العلاج عن طريق التعرض قد تثبت أنها اتجاه مفيد لأبحاث مستقبلية، ومن المفهوم أنه، عندما يقوم التركيب المعرفي بالفعل بتعزيز فوائد العلاج عن طريق التعرض وحده، فربما تقوم بذلك عن طريق تفعيل قشرة مقدم الفص الجبهي، والمزيد من البحث الخاص بالبيولوجيا الإحيائية العصبية التي تشكل أساس العلاج المعرفي وذلك في مجال استراتيجيات الإزالة القائمة على أساس العلاج بالتعرض تُعد أمرًا نحن في حاجة إليه.

وأخيراً، تشير الأبحاث إلى طرق لزيادة الوصول إلى أو إمكانية استعادة التعلم القائم على أساس العلاج عن طريق التعرض ما أن ينتهي العلاج (انظر Craske et al., 2008 for a review). وعلى سبيل المثال، فإن الاحتفاظ بمادة غير عاطفية أمر عززه التدريب العشوائي المتغير. وقد أظهرت الدراسات الخاصة بالأمثلة الخاصة بالرهاب أن العلاج بالتعرض بالنسبة لمحفزات متنوعة للرهاب (على سبيل المثال، تكاثر العناكيب) يؤدي إلى محافظة أفضل لمكتسبات العلاج عن طريق المتابعة وليس عن طريق العلاج بالتعرض لمحفزات دائمة (على سبيل المثال، عنكبوت واحد)، وتعرض عشوائي ومتنوع لمواقف تثير الخوف ينتج عنه نتائج هائلة بالمقارنة لطريقة التعرض التقليدية والتي يتم إعاقتها. ثم إن سدّ سياق العلاج بسياقات خارج العلاج، قد يعزز استعادة الروابط الكابحة ما أن ينتهي العلاج (Bouton, Garcia-Gutierrez, Zilski, & Moody, 2006). ومثل هذا السداد عليه أن يعلم المشاركين أن يتذكروا سياق العلاج القائم على التعرض، والذي تبين أنه يقلل من عودة الخوف (انظر Craske et al., 2008). وسد الثغرة من الإزالة إلى سياق متجدد يمكن تقديمها من خلال أشياء تخدم كمؤشرات للاستعادة (Bouton et al., 2006). وفي القوارض، تضعف إشارات الاستعادة أثناء تجارب الإزالة نتائج التجديد القائم على أساس السياق، وذلك بأكثر من الإشارات الجديدة نسبيًا،

أو الإشارات التي كانت موجودة أثناء التكيف وليس أثناء الإزالة. وفوائد إشارات الاستعادة تم توضيحها في نماذج من الإنسان. وعلى وجه الخصوص، عودة الفاعلية إلى إشارات الخمر تم تخفيضها، وذلك باستخدام الإشارات المستعادة (انظر عرضًا بواسطة ,.Craske et al 2008). ثم إن الاستكشاف المستمر لطرق تعزيز التعلم الجديدة واستعادتها في وقت لاحق يُعد اتجاهًا مهمًا وضروريًا لكي يبقى تغذية من الاستراتيجيات السلوكية على قدم وساق مع علم التعلم والتذكر.

كفاءة البحث وفاعليته

ثمة عدد من الموضوعات تكفل المزيد من الأبحاث. وكما سبق القول، هناك حاجة ماسة للمزيد من الأبحاث القوية المنهجية عن آلية العلاج السلوكي المعرفي، أو وسائطه. ومعرفة الوسائط ستسهم في تقديم العلاج السلوكي المعرفي بشكل رائع. وثمة ناحية أخرى وهي وضع النتائج بعيدة الامد للعلاج السلوكي المعرفي ، وطرق لتعزيز المحافظة على مكاسب هذا العلاج. وكما ذكرنا آنفًا، يمكن لاستغلال النواحي السلوكية أن تعوق عودة الخوف عقب العلاج عن طريق التعرض وذلك بالنسبة للرهاب وبذلك تتحسن النتائج على المدى الطويل. وعلى الرغم من ذلك، توجد حاجة لطرق للمحافظة على نتائج العلاج السلوكي المعرفي وذلك على نطاق أوسع. ثم إن المنهجيات قد تتضمن ـ بعد مرحلة العلاج الدقيقة جلسات دعم عن طريق الهاتف أو شبكة الإنترنت، وهذا ما وُجد على الأقل في إحدى الدراسات من أجل المساهمة في النتائج بعيدة المدى (Craske et al., 2006). وعلاوة على ذلك، فقد أظهرت التدخلات القائمة على اليقظة وعدًا بتخفيض الانتكاسة بعد العلاج من الاكتئاب (Teasdale et al., 2002).

وهناك حاجة إلى مزيد من الأبحاث لتقييم المدى الذي وصل إليه العلاج السلوكي المعرفي في اختلافه عن حالات العلاج الفعالة

الأخرى، مثل العلاجات الدينامية النفسية، أو العلاجات في إطار مجموعة من الأشخاص، بالنظر إلى أن معظم الأبحاث المقارنة الحالية لا تقارن العلاج السلوكي المعرفي بأي علاج أو مجالات تقديم مشورة داعمة غير توجيهية. وإلى جانب ذلك، فإن الطرق التي ترمي إلى إضفاء الفعالية على الجمع بين العلاج السلوكي المعرفي مع أساليب العلاج بالعقاقير تتطلب المزيد من البحوث، كما هو الحال بالنسبة للموضوعات المتعلقة بالندم الناجم عن الخوف، والتنبؤ به، ومنعه. وقواعد العلاج المعرفي الموحد، والتي وُضعت من أجل التعامل مع التأثير السلبي بشكل أكبر بكثير من القواعد الموجودة الآن والتي تستهدف نواحي معينة من المشكلة، وهذا يشكل موضوعًا آخر له أهميته (Allen, McHughs, & Barlow, 2008).

وهناك ناحية أخرى وهي تنفيذ العلاج السلوكي المعرفي في أوضاع حقيقية. وذلك لأن الأبحاث الفعالة لا تزال في مرحلة الطفولة. ولا توجد حاليًا سوى دراسات لا تزال في مهدها تُقارن بواسطتها النتائج في أوضاع المجتمع وكذلك عينات مع النتائج التي تم الحصول عليها من الأبحاث. وبرغم ذلك، فإن البيانات الموجودة تُعد واعدة (على سبيل المثال، Levitt et al., 2007). وقد أوضحت الدراسات المؤثرة فعاليتها من ناحية علاقة العلاج السلوكي المعرفي بالمعالجة المعتادة في أوضاع العناية الأولية (على سبيل المثال، Roy-Byrne et al., 2005). ولا يزال هناك بعض الأسئلة مطروحة لمزيد من البحث، مثل مستوى التدريب المطلوب للمعالجين حتى يكونوا على كفاءة كافية لممارسة العلاج السلوكي المعرفي. وفي ذات الوقت، يجب أن تعطى المزيد من الاعتبارات لوسائل تقديم العلاج والتي تتضمن الحد الأدنى من اشتراك أحد المعالجين، كوسيلة لزيادة إتاحة العلاج السلوكي المعرفي لأولئك الذين هم في حاجة إليه. أما البحث الحالم الذي يستخدم الكمبيوتر والإنترنت في تقديم العلاج السلوكي المعرفي، يقدم لنا وسيلة مهمة في هذا الشأن. وعلاوة على ذلك، البحث الذي يتسم بالفعالية

والذي يتناول تكييفات ثقافية حساسة للعلاج السلوكي المعرفي أمر نحن في أشد الحاجة إليه.

وأخيراً، اهتمام البحث يجب أن يُوجه بالكامل لاستخدام العلاج السلوكي المعرفي كتدخل وقائي. وقد اتخذت بالفعل بعض الخطوات في هذا السبيل، مثل برنامج المدرسة القائمة على الوقاية العامة، والمعروفة باسم "أصدقاء" (Lowry-Webster, Barrett, & Dadds, 2001). وبرنامج العلاج السلوكي المعرفي هذا وُجد أنه يقلل من القلق الذاتي إذا ما قورن بسيطرة يتم التعامل معها، لأطفال يتراوح سنهم من 10 إلى 13 سنة اختيروا بطريقة غير انتقائية. وقد اكتشف Barrett and Turner (2001) أن النتائج كانت فعالة بنفس القدر سواء قام بقيادة برنامج "أصدقاء" بواسطة أخصائي نفسي أم لا، أو بواسطة معلم، يكون قد تلقى تدريبًا ليوم واحد. وتبين عدة دراسات أخرى أن فوائد العلاج السلوكي المعرفي بالنسبة للأشخاص الذين لديهم مخاطر العلل، أو أعراض مبدئية لها. وهذه تتضمن مخاطر الاكتئاب (Seligman, Schulman, DeRubeis, & Hollon, 1999)، واضطرابات الهلع (على سبيل المثال، Gardenswartz & Craske, 2001).

7

الخلاصة

العلاج السلوكي المعرفي، هو مزيج من استراتيجيات التدخل المعرفي والسلوكي المأخوذة من نظرية التعلم والمعرفة والتي تشارك مع الفلسفة في أسلوب علم تجريبي لتنفيذ العلاج وتقييمه وقد تطور العلاج السلوكي المعرفي من صيغة سلوكية محضة عند بدايته ليصبح أسلوباً سلوكيًا ومعرفيًا. وكانت البدايات نظريات تكيف تقليدي ونظريات تعلم وتكيف ذرائعي. وترجمة هذه النظريات إلى علاجات جاءت نتيجة احتياجات الصحة العقلية عقب الحرب العالمية الثانية، ونتيجة عدم الرضاء عن أساليب التحليل النفسي. وكانت الحاجة إلى تركيبات علاجية أمرًا ملحوظًا ويمكن قياسه، وعلى ذلك، كان قابلاً للغش بالمعنى التجريبي، وقد تم تأكيده بقوة. وفي منتصف القرن العشرين تمت ترجمة مبادىء التكيف التقليدي إلى علاجات لاضطرابات القلق، وكان "وولب" رائده بشكل كبير، ثم امتد الأمر ليتضمن علاجات للعلل الناجمة عن تعاطي المخدرات وغير ذلك من علل أخرى. ولقد ركزت هذه العلاجات على طرق لإضعاف أو

القضاء على المحفزات المشروطة التي يتم التكيف معها بشكل سيء. وفي نفس الوقت تقريبًا، تمت ترجمة مباديء التكيف الذرائعي إلى علاجات لمشاكل سلوكية شديدة، تحت قيادة جهود كل من سكينر وزملائه. وقد ركزت هذه العلاجات على طرق تغيير السوابق المماثلة ونتائجها للتقليل من السلوكيات التي يتم التكيف معها بشكل سيء وزيادة تلك التي يتم التكيف معها. وقد أدت إجراءات تطور العلاج السلوكي المعياري إلى انتشار نتيجة دراسات العلاج إلى ممارسة المعالجين له طوال حقبة الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين.

وعلى الرغم من ذلك، كان هناك شعور من عدم الرضا على الأسلوب السلوكي الخالص، وعلى وجه الخصوص بالنسبة لعلاج الاكتئاب. وقد أدت الملاحظات الكلينيكية الدقيقة لكل من Ellis and Beck في أواخر حقبة الخمسينيات والستينيات إلى أن يقترحا وبشكل مستقل نموذجًا جديدًا للعلاج يؤكد على مضمون المعرفة المدركة، وعلى ذلك، أضافا "المحتوى" إلى العلاج السلوكي. وقد أكدت نماذج علاجهما دور التفكير المشوه أو غير العقلاني وطرق دحض أو زعزعة هذا التفكير من خلال النقاش المنطقي، بغية إيجاد طرق للتفكير أكثر عقلانية وأقل تشويهًا. وقد سهلت قبول الأسلوب المعرفي عدة عوامل، من بينها القيمة التي أعطيت للسلوك التكنولوجي في إطار الأساليب المعرفية.

وإلى جانب ذلك، حدثت نقلة مثالية في سياق نظرية التعلم. قد أخفقت النماذج التكييفية الأولى في إعطاء دور سببي للمعرفة. وبرغم ذلك، فإن نظريات التعلم، كتلك التي قال بها تولمان وريسكورلا، اعترفت بدور التوقعات في كل من التعلم الذرائعي، والاستجابة المشروطة التقليدية. وعلاوة على ذلك، كانت نظرية باندورا الخاصة بالتعلم الاجتماعي تعتبر المعرفة ذات المستوى المرتفع على أنها محدد حاسم للسلوك والعواطف. وهكذا، فإن "ثورة معرفية" في نظريات

التعلم حدثت بشكل منفصل عن، ولكن إلى جانب، تطور نظريات المعرفة.

وقد أتاحت هذه التطورات إلى المزج التكميلي لنظريات المعرفة والتعلم. وعلى سبيل المثال، يُحكم الآن على المعرفة التي في شكل توقعات على أنها أمر ضروري للتعلم من خلال الدعم (التعلم الذرائعي)، أو من خلال الارتباط (التكييف التقليدي). وعلى النقيض من ذلك، افتُرض أن التكييف الذرائعي والتقليدي ينتجان معارف تقوم عندئذ بدورها في إيجاد خبرات تعلم مستقبلية. ولهذا السبب، فإن العدد الكبير من استراتيجيات التدخل المعرفي والسلوكي، علىالرغم من أنها مستمدة أساسًا إما من نماذج لنظرية التعلم أو من نماذج لنظرية المعرفة، يمكن شرحها بشكل نمطي على أساس مباديء مستمدة من كلا النموذجين. أي أن العلاج المعرفي، الذي قُصد به التعرف على المعتقدات والأقوال عن الذات التي أُسيئ التكيف معها وتعديلها، يمكن تفسيرها على أساس مباديء نظرية التعلم. ثم إن الاستراتيجيات السلوكية، التي قُصد بها تلطيف السوابق المماثلة، ونتائج السلوكيات التطوعية الذرائعية، وإضعاف الاستجابات المشروطة، يمكن تفسيرها عن طريق التغييرات التي تطرأ على المعرفة. ثم إن المزج بين نظريات المعرفة والتعلم والإجراءات تشكل أساس الأسلوب المعاصر للعلاج السلوكي المعرفي .

وقد نظر إلى العلاج السلوكي المعرفي على أنه أكثر علاج تجريبي نفسي واجتماعي يتم دعمه، وأن نتائجه تتضمن بين ثناياها عددًا كبيراً من العلل. ثم إنه أمر شائع للغاية بالنسبة لبعض الاستبيانات التي تبين أن غالبية المعالجين الطبيين يعتبرون أنفسهم أنهم ينتسبون إلى توجه علاج معرفي سلوكي. أما الشعبية فلا ترجع إلى الفعالية التي أظهرها هذا العلاج السلوكي المعرفي فقط، بل وأيضًا إلى تركيزه على حل المشكلة وطبيعة ذات الوقت المحدود، وكذلك إلى توافره وسهولة

استخدامه يدوياً. وعلى الرغم من ذلك، الاستخدام الأمثل للعلاج السلوكي المعرفي يتطلب فهمًا ليس للإجراءات اليدوية التي يجب تنفيذها فقط، بل ويجب فهم الأسس التي قام عليها هذا العلاج. ومن بين أهداف هذا الكتاب شرح المباديء التي قامت عليها التدخلات المعرفية السلوكية المختلفة. وعلى ضوء هذا، يمكن الحصول على نتائج إيجابية من هذا العلاج حتى عندما يقدمه معالجون ليست لهم خبرة، بل ولم يسبق لهم الاتصال بأي معالج على الإطلاق، مثل البرامج التي تعمل عن طريق شبكة الاتصالات الدولية الإنترنت، وهذا اكتشاف يشهد لقيمة هذه الاستراتيجيات نفسها.

ومن المؤكد أنه تُوجد تحفيزات، كما توجد دائمًا فرصة للتحسن. ولكن هناك حاجة إلى المزيد من الأبحاث، وعلى سبيل المثال، بالنسبة لطرق تقليل الخوف، وتحسين النتائج بعيدة المدى. وهناك نواح أخرى في حاجة إلى المزيد من التطور، وهي الانتشار، بما في ذلك التكيف الثقافي للعلاج السلوكي المعرفي ، واستخدامه كتدخل واق بالنسبة للأشخاص الذين يتعرضون للخطر.

أما الأسلوب السلوكي الأصل فقد استخلص من نظرية تعلم وعلم تجريبي موجود بالفعل. وعلى العكس من ذلك، أسلوب العلاج المعرفي المأخوذ من الملاحظة الإكلينيكية، علم المعرفة الذي طوّر بشكل منفصل في العلاج المعرفي. ومع أن علم المعرفة أعطى قدرًا من الدعم للافتراضات الخاصة بالعلاج المعرفي، إلا أنه قد تولدت عنه أيضًا أسئلة عن العلاج الذي يركزعلى إعادة التقييمات المعرفية المدركة على أنها وسيلته الاساسية للتغيير. أي أن معرفة أن الكثير من المعالجات المعرفية يحدث دون وعي يقظ، وبطريقة ليست عرضة للجدال المنطقي قد أدى إلى قلق بالنسبة لكفاية أساليب التقييم المعرفي الخالص وآلياته. وهذا القلق يتجاهله الافتقار إلى دليل قوي للتغيير العلاجي الذي يتم عن طريق التغييرات التي تطرأ على المعرفة

الواعية، على الرغم من أن المنهجية غير الحساسة قد تشكل عنصرًا للحصر. وهذا يُضاف إليه التقدم الذي حدث بالنسبة لعلم التعلم والذي تمت ترجمته الآن بطرق ترمي إلى الوصول إلى العلاج الأمثل. وهكذا يُنظر إلى العلاج السلوكي المعرفي على أنه الآن في موجة تطوره الثالثة. وهذا التغيير يمثل الآن سمة مميزة للعلاج السلوكي المعرفي . وأسلوباً للعلاج يسترشد بالعلم التجريبي الذي يتم تحديثه كلما حدث تقدم علمي.

مسرد بالمصطلحات الرئيسية

العلاج بالتقبل والالتزام acceptance and commitment therapy: توصّل لهذا العلاج هايز Hayes وزملاؤه، وهو يؤكد قبول الحالات والإلتزام الداخلي نحو السلوكية. والتغيير للوصول إلى أهداف حية.

مخطط النشاط activity chart: مخطط لتقيّم المستويات الحالية للنشاط والعلاقة بين النشاط والحالة المزاجية.

السابقة المماثلة antecedent: حدث يسبق سلوكًا مستهدفًا أو عاطفةً، أو معرفة.

التكيف الفطري التقليدي appetitive classical conditioning: عمل إجابات تم التكيف معها تقوم على أساس العلاقات بين المحفزات المشروطة مع المحفزات الفطرية الإيجابية غير المشروطة.

الاستدلال العشوائي arbitrary inference: نوعية من الخطأ المعرفي.

التكيف التقليدي المقيت aversive classical conditioning: إيجاد الاستجابات المشروطة القائمة على أساس الارتباطات بين المحفزات المشروطة والمحفزات الفطرية المقيتة غير المشروطة.

التنشيط السلوكي behavioral activation: أسلوب لعلاج الاكتئاب يزيد من الدعم الإيجابي ويقلل من سلوكيات التجنب
.

التعاقد السلوكي behavioral contracting: علاج لمجموعة من السلوكيات التي يجب اتباعها وما يتصل بها من النتائج الإيجابية والسلبية التي يجب تنفيذها على أساس الامتثال أو عدم الامتثال مع الخطة، كما يشير إليه أيضًا بعبارة التعاقد الطارئ.

التجارب السلوكية behavioral experimentation: استراتيجية للعلاج المعرفي تتضمن تدريبًا سلوكيًا الهدف منه جمع معلومات تهدم التشوهات في التفكير. ويُشار إليه أيضًا بعبارة "اختبار فرضي".

التدريب السلوكي behavioral rehearsal: استراتيجية للتدعم لتشكيل السلوكيات وتطويرها.

التدريب المتكرر على التنفس breathing retraining: وهي مهارة تتضمن معدل تنفس بطيء واستخدام الحجاب الحاجز في مقابل التنفس الحلقي.

التكيف التقليدي classical conditioning: إيجاد إجابات مشروطة لمحفزات سابقة محايدة نتيجة الارتباطات مع محفزات فطرية غير مشروطة تثير الذكريات والعواطف.

خاصية المحتوى المعرفي cognitive contents specificity: مفهوم مفاده أن كل حالة مؤثرة واضطراب نفسي له صورته المعرفية المعينة وأن المحتوى المعرفي يحدد نوعية الاضطراب العاطفي.

أساليب الانصهار المعرفي cognitive defusion techniques: مكوّن لعلاج القبول والالتزام الذي يرمي إلى مساعدة المرء على إبعاد نفسه عن الاحداث الخاصة اللفظية أو معنى اللغة

ومحتواها.

الخطأ المعرفي cognitive error: خطأ في التفكير.

التدريب المعرفي cognitive rehearsal: التدريب على استبدال الأفكار غير العقلانية بأفكار عقلانية.

إعادة التركيب المعرفي cognitive restructuring: مجموعة من الأساليب للتعرف على الأفكار والمعتقدات التي تم التكيف معها بشكل سيء واستبدالها بأفكار ومعتقدات قائمة بالأكثر على الدليل.

الاستجابة المشروطة conditional response: استجابة عملية لمحفز مشروط كعملية ارتباط بمحفز فطري مثير للذكريات والعواطف.

المحفز المشروط conditional stimulus: محفز محايد سابق، ينتج - من خلال الارتباط والمحفز غير مشروط - استجابة مشروطة.

العاقبة consequence: حدث يعقب سلوكًا ما، ويؤثر في حدوث ذلك السلوك وتشكيله.

إضفاء الحساسية بشكل سرّي covert sensitization: إجراء يرمي إلى تخفيض السلوكيات التي يتم التكيف معها بشكل سيء وذلك بالجمع بينها مع أحداث مقيتة في الخيال.

التعرض لإشارة cue exposure: التعرض لإشارات متعلقة بمادة لتمييز الاستجابات المشروطة لهذه الإشارات.

علاج سلوكي جدلي dialectical behavior therapy: علاج توصل إليه لينهان، يركز على التوازن بين القبول والتغيير.

التفكير الثنائي dichotomous thinking: نوعية من الخطأ

المعرفي يتضمن النظر إلى الحدود القصوى فقط.

الإبعاد distancing: أسلوب معرفي للتعلم يجعل المرء ينظر إلى أفكاره بمزيد من الموضوعية، وأن يعاملها على أنها افتراضات لا حقائق.

أسلوب السهم المتجه إلى أسفل downward arrow TECHNIQUE: أسلوب علاج معرفي تؤخذ فيه نتائج فكر معين إلى معناها النهائي وبشكل متكرر.

إقامة العمليات establishing operations: أحداث أو حالات بيولوجية تغيّر نتائج الدعم، أو معاقبة النتائج.

العلاج عن طريق التعرض exposure therapy: مجموعة من الإجراءات لمواجهة المحفز بشكل نظامي ومتكرر، مثل المحفز الذي يبعث على الخوف في حالة اضطرابات الحصر النفسي أو المحفزات المرتبطة بالمخدرات في حالة العلل الناجمة عن تعاطي المخدرات.

التمييز extinguish: لتقليل الاستجابة المشروطة عن طريق غياب المحفز غير المشروط أو غياب النتائج.

التعرض بالغمر (بشكل مستفيض) flooding exposure: التعرض بشكل مطول ومستمر بالنسبة للمحفز الحالي الذي يثير القلق ويحفز على الحصر النفسي.

التحليل الوظيفي functional analysis: وهو تحليل للعلاقات السلبية بين السياقات المعرفية والسلوكية والعاطفية والبيئية والثقافية.

تحويل العادة إلى عكسها habit reversal: مجموعة من الإجراءات لتقليل العادات العصبية والتقلص اللاإرادي ولا

سيما في عضلات الوجه، وسلسلة من السلوكيات المتكررة التي يمكن التحكم فيها بتحفيز ذاتي.

التعود habituation: تقليل قوة الاستجابة كعملية من التعرض المتكرر للمحفز.

التسلسل الهرمي hierarchy: قائمة من الأنشطة أو الأوضاع تبدأ من الصعوبة الأقل إلى الصعوبة البالغة، ويجب مواجهتها بشكل متكرر في العلاج الذي يعتمد على التعرض.

التكليفات المنزلية HOMEWORK: تكليفات أو ممارسات يجب تنفيذها بين جلسات العلاج.

اختبار افتراضي hypothesis testing: أسلوب علاج معرفي، ويشار إليه أيضًا على أنه تجريب سلوكي يتضمن ممارسات سلوكية القصد منها جمع البيانات التي تهدم التشويه في التفكير.

تعلُّم مانع inhibitory learning: إيجاد ارتباطات مانعة أو توقعات عن محفز مشروط، حتى أنه لم يعد من الممكن بعد للمحفز المشروط أن يتنبأ بالمحفز غير المشروط.

التكيف الذرائعي instrumental conditioning: يؤثر أو يلطف من السلوكيات التطوعية كوظيفة لنتائجه.

التعرض للمنبهات الباطنية interoceptive exposure: تعرض متكرر ونظامي للأحاسيس الجسدية التي تثير الخوف.

معتقدات غير عقلانية irrational beliefs: طبقًا لما يقوله إيليس، فإن هذه معتقدات ليس من المحتمل أن تلقى تأييدًا أو تأكيدًا من البيئة، كما أنها تؤدي إلى عواطف سلبية غير مناسبة في مواجهة الصعوبات.

التطبيب التجريبي المنطقي logical empiricism: استراتيجية

علاج معرفي لتقييم الدليل كوسيلة لدعم التقييمات أو دحضها.

اليقظة mindfulness: مجموعة من الاستراتيجيات لتعلم الملاحظة دون إصدار حكم، وقبول الاختبار أو التفتح عليه، والتخلي عن تغيير الاحداث الشخصية.

السلوك الفعال operant behavior: هو السلوك الذي يعمل على أساس البيئة، وتصونه نتائجها.

نتيجة التوقع outcome expectancy: معتقدات عن احتمال وقوع الاحداث وتكافؤها.

التعميم المفرط overgenralization: نوعية من الخطأ المعرفي، يتضمن النظر إلى مثل واحد على أنه مؤشر لنوعية أوسع من الاحداث.

وجهة نظر كعالم شخصي personal scintist perspective: أن يكون المرء ملاحظا موضوعيًا لردود أفعاله.

حل المشكلة problem solving: مجموعة من المهارات للتعرف على المشاكل وإيجاد حلول ممكنة وخطط عمل للتعامل مع المشاكل.

استرخاء العضلات بشكل تدريجي progressive muscle relaxation: مجموعة من الإجراءات وضعها جاكوبسون للتخلص من توتر العضلات، يتم إجراؤها بشكل متدرج في جميع أجزاء الجسم.

المعاقب punisher: نتيجة تجعل السلوك يحدث بشكل أقل.

معتقدات عقلانية rational belifs: طبقًا لما يقوله إيليس، هذه معتقدات تعزز البقاء والسعادة، ومن المحتمل أن تحظى بدعم من التطبيب التجريبي في البيئة، وتؤدي إلى سلوك

مناسب، واستجابات عاطفية للمشاكل.

جدل عقلاني rational disputation: مجموعة من الأساليب، كان إيليس رائدها، وذلك لدحض الأفكار غير العقلانية.

علاج عقلاني للسلوك العاطفي rational-emotive behavior therapy: علاج معرفي توصل إليه إيليس، يرمي إلى دحض الأفكار غير العقلانية، واستبدالها بأفكار عقلانية.

تصميم متبادل reciprocal determinism: تأثير متبادل بين السلوكيات، والمعارف، والعوامل البيئية التي يؤثر كل منها في الآخر بشكل دائم.

الداعم reinforcer: نتيجة تسبب حدوث سلوك ما بتكرار كثير.

منع الاستجابة response prevention: استراتيجية سلوكية لمنع تجنب السلوكيات وتطبق في كثير من الأحيان على الحالات القهرية.

السلوكيات التي تحكمها قواعد rule-governed behavior: سلوك لا تتحكم فيه الأحداث البيئية السابقة أو نتائجها، بل تخضع عوضًا عن ذلك بالقواعد التي يعبر عنها شفاهة.

إشارة السلامة safcty signal: محفز يتنبأ بعدم وجود محفز مقيت غير مشروط، كما يشار إليها أيضًا على أنها كابح مشروط.

خطة schema: مجموعة داخلية من المعتقدات عن الذات والعالم تُستخدم لمعرفة المعلومات وتذكرها، وتدوينها.

الفعالية الذاتية self-efficacy: الاعتقاد بأنه في وسع المرء أن ينفذ بنجاح سلوكًا مطلوبًا لتحقيق نتيجة ما.

التدريب على تعليم الذات self-instruction training: مجموعة من الإجراءات وضعها دونالد مايكنبوم، تتضمن أقوالاً صريحة ثم سرّية عن الذات للتعامل مع الأوضاع الصعبة.

مراقبة الذات self-monitoring: ملاحظة وتسجيل حدوث العلاقات الوظيفية بين الأفكار، السلوكيات، والعواطف إبان وقوعها.

التشكيل shaping: استخدام الدعم لإيجاد سلوكيات لا تتكرر كثيراً،أو سلوكيات جديدة.

التدريب على المهارات skills training: مجموعة من الإجراءات التي تقوم على أسس ذرائعية، وذلك لإيجاد سلوكيات جديدة.

نظرية التعلم الاجتماعي social learning theory: دمج المعرفة باعتبارها محددًا حاسمًا للتعلم، وكان رائدها روتر، باندورا.

استبيان سقراطي socratic questioning: أسلوب يُستخدم في العلاج المعرفي لتسهيل اكتشاف العميل لاخطائه بنفسه في التفكير، وكذلك في طرق مختلفة للتفكير.

السيطرة على الحافز stimulus control: عندما يحدث سلوك في وجود محفز معين، وليس في غيابه.

إضعاف الحساسية بشكل نظامي systematic desensitization: مجموعة من الإجراءات وضعها وولب يُستخدم فيها الاسترخاء كمكيف بديل للمنع المتبادل للقلق المرتبط بالصور التي تبعث على الخوف.

بالمعالج التمثل therapist modeling: عندما يظهر المعالج سلوكاً ما أو معرفة ويقوم العميل بتقليدها.

العلاجات السلوكية من الموجة الثالثة third wave behavioral

therapies: علاجات سلوكية تؤكد المهمة بدلاً من المحتوى المعرفي للمعارف.

محفز غير مشروط unconditional stimulus: محفز فطري يثير العواطف والذكريات سواء كانت مقيتة أو مقبولة.

اتفاقيات متحدة unified protocols: علاج معرفي سلوكي لمجموعة سلبية من العواطف، والمعارف، والسلوكيات.

كشف الحقيقة بالفعل virtual reality exposure: يستخدم تكنولوجيا الحقيقة الفعلية.

المراجع

Addis, M. E., 8c Iacobson, N. S. (2000). A closer look at thc treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 313-326.

Allen, L. B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified approach. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 216-249). New York: Guilford Press.

American Psychological Association. (2005). *Policy statement on evidence-based practice in psychology.* Retreived December 15, 2006, from http://www2.apa.org/practicel abp statement.pdf 7

Azrin, N. H., 8: Nunn, R. G. (1974). A rapid method of eliminating stuttering by a regulated breathing approach. *Behaviour Research and Therapy* 12(4), 279-286.

Bandura, A. (1969). Social learning of moral judgments. *]ournal of Personality and Social Psychology,* 11(3), 275-279.

Bandura, A. (1973). Aggression: A social learning analysis. Oxford, England: Prentice Hall.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84, 191-215.

Bandura, A. (1978). Reflections on self-efficacy In S. Rachman (Ed.), *Perceived selfefficacy: Analysis of Banduraâ€™s theory Advances in behavioral research and therapy,* 1, 237-269. B

Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.

Barlow, D. H., 8: Craske, M. G. (1988). The phenomenology of panic. In S. Rachman 8: I. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 11-35). Hillsdale, NI: Erlbaum.

Barrett, R, Farrell, L., Dadds, M., 8: Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 44(10), 1005-1014.

Barrett, P., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology* 40(4), 399-410.

Basoglu, M., Marks, I. M., Kjlic, C., Swinson, R. P., Noshirvani, H., Kuch, K., et al. (1994). Relationship of panic, anticipatory anxiety, agoraphobia and global improvement in panic disorder with agoraphobia treated with alprazolam and exposure. *British Journal of Psychiatry* 164(5), 647-652.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression. Archives of General

Psychiatry 9, 324-333. .
Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
Beck, A. T. (1993). *Cognitive therapy: Past, present, and future. Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 194-198.
Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry* 62(9), 953-959.
Beck, A. T.,& Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy* 35, 49-58.
Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.
Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973) *Progressive relaxation training A manual for the helping professions.* Champaign, IL: Research Press.
Borkovec, T. D., Abel, I. L., & Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63(3), 479-483.
Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., 8: Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(2), 288-298.
Bouton, M. E., Garcia-Gutierrez, A., Zilski, I., & Moody, E. W (2006). Extinction in multiple contexts does not necessarily make extinction less vulnerable to relapse. *Behaviour Research and Therapy* 44(7), 983-994.
Bouton, M. E., Woods, A. M., Moody, E. W, Sunsay, C., 8: Garcia-Gutierrez, A. (2006). Counteracting the context-dependence of extinction: Relapse and tests of some relapse prevention methods. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning From basic processes to clinical implications* (pp. 175-196). Washington, D C: American Psychological Association.
Boyd, T. L., 8c Levis, D. I. (1983). Exposure is a necessary condition for fear-reduction: A reply to de Silva and Rachman. *Behaviour Research and Therapy* 21 (2), 143-149.
Brewin, C. R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology* 47, 33-57.
Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2007). Factors associated with competence in cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 35, 179-190.
Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 36, 581-587.
Brown, T. A., 8: Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63, 754-765.
Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy,* New York: Morrow.
Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased

homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68(1), 46-56.

Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy* 32(2), 337-369.

Butler, A. C., Chapman, I. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review* 26, 17-31.

Cautela, I. R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20, 459-468.

Cerny, I. A., Barlow, D. H., Craske, M. G., & Himadi, W G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy* 18(4), 401-415.

Chambless, D. L., 8: Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology* 52, 685-716.

Clark, D. A., Beck, A. T., 8: Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression.* Hoboken, NJ: Wiley.

Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 74(3), 568-578.

Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy,* New York: Oxford University Press.

Collins, B. N., & Brandon, T. H. (2002). Effects of extinction context and retrieval cues on alcohol cue reactivity among nonalcoholic drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 390-397.

Conoley, C. W, Padula, M. A., Payton, D. S., & Daniels, I. A. (1994). Predictors of client implementation of counselor recommendations: Match with problem, difficulty level, and building on client strengths. *Journal of Counseling Psychology.* 41, 3-7.

Cote, G., Gauthier, I. G., Laberge, B., Cormier, H. I., & Plamondon, I. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy* 25, 123-145.

Cracknell, S., & Davey, G. C. (1988). The effect of perceived unconditioned response strength on conditioned respondingrin humans. *Medical Science Research,* 1 6 (4), 169-170.

Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2008). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (4th ed.). New York: Guilford Press.

Craske, M. G., Farchione, T. I., Allen, L. B., Barrios, V, Stoyanova, M., 8c Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy* 45(6), 1095-1109.

Craske, M. G., Kircanksi, K., Zelikowsky M., Mystkowski, I., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy* 46(I), 5-27.

Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., Hazlett-Stevens, H., Bystritsky, A., et al. (2006). CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. *Behavior Therapy* 37(2), 112-119.

Craske, M. G., & Tsao, I. C. I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466-479.
Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, I. P., Tu, X., Gladis, M., et al. (2001). Early improvement during manualguided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16[l]-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(3), 145-154.
Davey, G. C. L. (2006). Cognitive mechanisms in fear acquisition and maintenance. In M. G. Craske, D. Hermans, 8c D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 99-116). Washington, DC: American Psychological Association.
Dewey D., & Hunsley I. (1990). The effects of marital adjustment and spouse involvement on the behavioral treatment of agoraphobia: A meta-analytic review. *Anxiety Research*, 2(2), 69-83.
Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. I., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74, 658-670.
Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. I., Gallop, R. I., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, 468-477.
Dow, M. G. (1994). Social inadequacy and social skills. In L. W. Craighead, W. E. Craighead, A. E. Kazdin, & M. I. Mahoney (Eds.), *Cognitive and behavioral interventions: An empirical approach to mental health problems* (pp. 123-140). Boston: Allyn & Bacon.
Durham, R. C., Chambers, I. A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A., et al. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*, 9, 1-174.
D'Zurilla, T. I., & Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed.), New York: Springer.
Edelman, R. E., & Chambless, D. L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy* 33, 573-577.
Eelen, P., & Vervliet, B. (2006). Fear conditioning and clinical implications: What can we learn from the past? In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications* (pp. 17-35). Washington, DC: American Psychological Association.
Eifert, G. H., Forsyth, I. R, 8c Schauss, S. L. (1993). Unifying the field: Developing an integrative paradigm for behavior therapy. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* 24, 107-118.
Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 34(3-4), 293-312.
Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression.

Psychological Medicine, 38, 611-623.
Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 13, 344-350.
Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy* New York: Lyle Stuart.
Ellis, A. (2003). *Cognitive restructuring of the disputing of irrational beliefs*. In W. O'Donohue, I. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 79-83). Hoboken, NJ: Wiley.
Eysenck, H. I. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16, 319-324.
Eysenck, H. I. (Ed.), (1960). *Behavior therapy and the neuroses.* Oxford, England: Pergamon.
Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., & Wilson, G. T. (2008). Eating disorders: A transdiagnostic protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (4th ed., pp. 578-614). New York: Guilford Press.
Farmer, R. F., 8c Chapman, A. L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy* Washington, DC: American Psychological Association.
Feeley M.,.DeRubeis, R. I., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 578-582.
Ferguson, K. E. (2003). Relaxation. In W O'Donohue, I. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp.330-340). Hoboken, NJ: Wiley.
Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 26(4), 695-720.
Foa, E. B., Sr Kozak, M. I. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
Foa, E. B., Sc McNally, R. I. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 3Q-343). New York: Guilford Press.
Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, I. B., Turner, R. M., & Latimer, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and longterm effects. *Behavior Therapy* 15, 450-472.
Foa, E. B., Zoellner, L., Feeny, N. C., Meadows, E., & Iaycox, L. (2000, November). *Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic* PTSD in recent assault victims. Paper presented at the 34th Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy New Orleans, LA.
Ford, T. E., 8z Kruglanski, A. W (1995). Effects of epistemic motivations on the use of accessible constructs in social judgment. *Personality and Social Psychology* 21(9), 950-962.
Furukawa, T. A., Watanabe, N., & Churchill, R. (2007). Combined psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: Systematic review. *Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD004364.
Gardenswartz, C. A., & Craske, M. G. (2001). Prevention of panic disorder. *Behavior Therapy* 32(4), 715-737.
Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., 8: Sawalani, G. (2007).

Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224-239.

Garssen, B., de Ruiter, C., & van Dyck, R. (1992). Breathing retraining: A rational placebo? *Clinical Psychology Review* 12(2), 141-153.

Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 37(2), 228-234.

Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy* New York: Wiley.

Gottman, J., Notarius, C., Markman, H., Bank, S., Yoppi, B., & Rubin, M. E. (1976). Behavior exchange theory and marital decision making. *Journal of Personality and Social Psychology* 34(1), 14-23.

Gottfried, I. A., & Dolan, R. I. (2004). Human orbitofrontal cortex mediates extinction learning while accessing conditioned representations of value. *Nature Neuroscience*, 7(10), 1144-1152.

Greenberg, L. S., 8c Safran, I. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44, 19-29.

Haaga, D. A F., & Davison, G. C. (1993). An appraisal of rational-emotive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 215-220.

Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, I., 8a Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A metaregression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40(1), 9-19.

Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B., & von Witzleben, I. (2001). Short- and long- term effectiveness of an empirically supported treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(3), 375-382.

Hayes, A. M., Feldman, G. C., Beevers, C. G., Laurenceau, I.-P., Cardaciotto, L., & Lewis-Smith, I. (2007). Discontinuities and cognitive changes in an exposurebased cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75(3), 409-421.

L Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Iacobson, V M. Follette, 8c M. I. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Reno, NV: Context Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy* 35, 639-665.

Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 286-295.

Hayes, S. C. & Pankey, I. (2003). Acceptance. In W. O'Donohue, I. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 4-9). Hoboken, NJ: Wiley.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

Hays, P. A., 8c Iwamasa, G. Y. (2006). *Culturally responsive*

cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision. Washington, DC: American Psychological Association.

Hecker, I. E., Losee, M. C., Roberson-Nay, R., & Maki, K. (2004). Mastery of your anxiety and panic and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. *Journal ofAnxiety Disorders*, 18, 111-126.

Heide, F. I., & Borkovec, T. D. (1983). Relaxation-induced anxiety: Paradoxical anxiety enhancement due to relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51(2), 171-182.

Heidt, I. M., & Marx, B. P. (2003). Self-monitoring as a treatment vehicle. In W O'Donohue, I. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 361-367). New York: Wiley.

Hendriks, G. I., Oude Voshaar, R. C., Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & van Balkom, A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for late-life anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 403-411.

Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(3), 392-399.

Hofmann, S. G. (2006). The importance of culture in cognitive and behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(4), 243-245.

Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Rosenneld, D., Suvak, M. K., Barlow, D. H., Gorman, J. M., et al. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75(3), 374-379.

Holden, A. E., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Stetson, D., & Infantino, A. (1983). Self-help manual for agoraphobia: A preliminary report of effectiveness. *Behavior Therapy* 14, 545-556.

Hollon, S. D., & DeRubeis, R. I. (2004). Effectiveness of treatment for depression. In R. L. Leahy (Ed.), Contemporary cognitive therapy: *Theory research, and practice* (pp. 45-61). New York: Guilford Press.

Houmanfar, R., Maglieri, K. A., & Roman, H. R. (2003). Behavioral contracting. In W. O'Donohue, I. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 40-45). Hoboken, NJ: Wiley.

Hull, C. L. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Huppert, I. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, I. M., Shear, M. K., & Woods, S. W (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 747-755.

Hwang, W. (2006). The psychotherapy adaptation and modification framework: Application to Asian Americans. *American Psychologist*, 61, 702-715.

Hwang, W, & Wood, I. (2007). Being culturally sensitive is not the same as being culturally competent. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* 3, 44-50.

Ilardi, S. S., & Craighead, W E. (1994). The role of nonspecific factors in cognitive-behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 138-156.

Ilardi, S. S., & Craighead, W E. (1999). Rapid early response,

cognitive modification, and nonspecific factors in cognitive behavior therapy for depression: A reply to Tang and DeRubeis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(3), 295-299.

Iosifescu, D. V, Nierenberg, A. A., Alpert, I. E., Smith, M., Bitran, S., Dording, C., et al. (2003). The impact of medical comorbidity on acute treatment in major depressive disorder. *American journal of Psychiatry* 160(12), 2122-2127.

Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 426-433.

Jacobson, E. (1938). *Progressive muscle relaxation.* Chicago: University of Chicago Press.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, R A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, I. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64(2), 295-304.

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.

James, I. A., Blackburn, I. M., Milne, D. L., Sr Reichfelt, F. K. (2001). Moderators of trainee therapists' competence in cognitive therapy. *British Journal of Clinical Psychology* 40, 131-141.

Jarrett, R. B.,Vittengl, I. R., Doyle, K., & Clark, L. A. (2007). Changes in cognitive content during and following cognitive therapy for recurrent depression: Substantial and enduring, but not predictive of change in depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75 (3), 432-446.

Jones, M. C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary* 31, 308-315.

Kabat-Zinn, I. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* New York: Dell.

Kazantzis, N., Deane, F. R, & Ronan, K. R. (2002). *Study of systematic homework administration: Research manual for therapists at Waitemata District Health Boards Cognitive Therapy Center (Cognitive Therapy Center Research Programme, Vol. 1).* Albany, New Zealand: Massey University.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology* 3, 1-27.

Kazdin, A. E., Marciano, R L., & Whidey M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(4), 726-730.

Keijsers, G. P. I., Schaap, C. P. D. R., Hoogduin, C. A. L., & Lammers, M. W (1995). Patient-therapist interaction in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 19, 491-517.

Kendall, P. C. (1993). Cognitive-behavioural therapies with youth: Guiding theory current status and emerging developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 235-247.

Kendall, R C., & Treadwell, K. R. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75, 380-389.

Kenny M. A., 8c Williams, I. M. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behaviour Research and Therapy* 45, 617-625.

Kirsch, 1., Lynn, S. I.,Vigorito, M., & Miller, R. R. (2004). The role of cognition in classical and operant conditioning. *Journal of Clinical Psychology* 60(4), 369-392.

Kraft, A. R., & Hoogduin, C. A. (1984). The hyperventilation syndrome: A pilot study on the effectiveness of treatment. *British Journal of Psychiatry* 145, 538-542.

Kraus, C. A., Kunik, M. E., & Stanley, M. A. (2007). Use of cognitive behavioral therapy in late-life psychiatric disorders. *Geriatrics*, 62, 21-26.

Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Iackson, G., Clark, S., Law, I., et al. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs. treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23, 843-850.

Lang, P. I. (1971). The application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 75-125). New York: Wiley.

Lang, R I., Melamed, B. G., & Hart, I. (1970). A psychophysiological analysis of fear modification using an automated desensitization procedure. *Journal of Abnormal Psychology* 76(2), 220-234. 5

Lavallee, Y. I., Lamontagne, G., Pinard, G., Annable, L., & Tetreault, L. (1977). Effects of EMG biofeedback, diazepam and their combination on chronic anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 65-71.

Levis, D. I. (1999). The negative impact of the cognitive movement on the continued E. growth of the behavior therapy movement: A historical perspective. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 125, 157-171.

Levitt, I. T., Malta, L. S., Martin, A., Davis, L., & Cloitre, M. (2007). The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attacks. *Behaviour Research and Therapy* 45(7), 1419-1433.

Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. M. Freidman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). New York: Wiley.

Lindsley, O., Skinner, B., & Solomon, H. (1953). *Studies in behaviour therapy status report I.* Orthon, MA: Metropolitan State Hospital.

Linehan, M. M. (1994). Case consultation: A borderline dilemma. A. L. Berman (ed.) [A comment]. *Suicide and Lde-Threatening Behavion* 24, 192-198.

Longmore, R. I., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Reviem* 27(2), 173-187.

Lovibond, P. F., Davis, N. R., & O'Flaherty A. S. (2000).Protection from extinction in human fear conditioning. *Behaviour Research and Therapy* 38, 967-983.

Lowry-Webster, H. M., Barrett, R M., & Dadds, M. R. (2001). A universal prevention trial of anxiety and depressive symptomatology in childhood: Preliminary data from an Australian study. *Behaviour Change*, 18(1), 36-50.

Martell, C. R. (2003). Behavioral activation treatment for depression. In W. O'Donohue, 1. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive*

behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice (pp. 28-32). Hoboken, NJ: Wiley.
Martin, G., Sr Pear, I. (2003). *Behavior modmcation: What it is and how to do it* (7th ed.). Upper Saddle River, NI: Prentice Hall.
Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 1(1), 167-195.
McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2005). Panic disorder and agoraphobia. In M. M. Antony D. R. Ledley, 8c R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventmg relapse in cognitive-behavioral therapy* (pp. 1-37). New York: Guilford Press.
McCrady, B. S. (2008). Alcohol use disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 492-546). New York: Guilford Press.
McPall, R. M., & Marston, A. R. (1970). An experimental investigation of behavior rehearsal in assertive training. *Journal of Abnormal Psychology* 76(2), 295-303.
McManus, F., Clark, D. M., & Hackmann, A. (2000). Specincity of cognitive biases in social phobia and their role in recovery. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 28(3), 201-209.
McNally, R. I. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford.
Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
Meyer, V (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy* 4, 273-280.
Miller, C. (2002). Flooding. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), *Encyclopedia of psychotherapy Vol. 1* (pp. 809-913). New York: Elsevier Science.
Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour* New York: Guilford Press.
Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorder: It's not what you thought it was. *American Psychologist*, 61 (1), 10-26.
Miranda, I., Bernal, G., Lau, A., Kohn, L., Hwang, W C., & LaFromboise, T. (2005). State of the science on psychosocial interventions for ethnic minorities. *Annual Review of Clinical Psychology, I*, 113-142.
Miranda, I., Nakamura, R., & Bernal, G. (2003). Including ethnic minorities in mental health intervention research: A practical approach to a long-standing problem. *Culture, Medicine and Psychiatry* 27, 467-486.
Mogg, K., Stopa, L., & Bradley, B. R (2001). "From the conscious into the unconscious": What can the cognitive theories of psychopathology learn from Freudian theory? *Psychological Inquiry* 12(3), 139-143.
Myers, K. M., & Davis, M. (2007). Mechanisms of fear extinction. *Molecular Psychiatry* 12(2), 120-150. ,
Naugle,A. E., & Maher, S. (2003). Modeling and behavioral rehearsal. In W. O'Donohue, J. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 238-246). Hoboken, NJ: Wiley
Newman, C. F. (2003). Cognitive restructuring: Identifying and modifying maladaptive schemas. In W O'Donohue, I. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying*

empirically supported techniques in your practice (pp. 89-95). Hoboken, NJ: Wiley.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2003). Problem-solving therapy In W. O'Donohue, I. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Apphring empirically supported techniques in your practice* (pp. 301-307). Hoboken, NJ: Wiley

Norton, P. J., & Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 521-531.

Oei, T. P., & Kazmierczak, T. (1997). Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders. *Behaviour Research and Therapy* 35(11), 1025-1030.

Ohman, A., & Mineka, S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108(3), 483-522. A

Organista, K. C. (2006). Cognitive-behavioral therapy with Latinos and Latinas. In P. A. Hays & G. Y. Iwamasa (Eds.), Culturally responsive cognitive-behavioral therapy: Assessment, practice, and supervision (pp. 73-96). Washington, DC: *American Psychological Association.*

Pavlov, I. P (1927). *Conditioned reflexes* (G. V Anrep, Trans). London: Oxford University Press.

Pina, A. A., Silverman, W K., Weems, C. F., Kurtines, W M., & Goldman, M. L. (2003). A comparison of completers and noncompleters of exposure-based cognitive and behavioral treatment for phobic and anxiety disorders in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 71* (4), 701-705.

Poppen, R. (1998). *Behavioral relaxation training and assessment* (2nd ed,). Thousand Oaks, CA: Sage.

Rachman, S. (1978). *Fear and courage*. San Francisco: Freeman.

Rachman, S. (1997). The evolution of cognitive behaviour therapy In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 3-26). New York: Oxford University Press.

Rachman, S., & Hodgson, R. S. (1980). *Obsessions and compulsions.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Rachman, S. J., & Wilson, G. T. (1980). *The effects of psychological therapy,* Oxford, England; Pergamon Press.

Rains, I. C. (2008). Change mechanisms in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headaches. *Headache*, 48(5), 736-737.

Rauch, S. L., Shin, L. M., 8c Phelps, E. A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research-past, present, and future. *Biological Psychiatry* 60(4), 376-382.

Rescorla, R. A. (1968). Probability of shock in presence and absence of CS in fear conditioning. *Journal of Comparative & Physiological Psychology* 66, 1-5.

Rescorla, R. A. (2001). Experimental extinction. In R. R. Mowrer & S. B. Klein (Eds.), Handbook of contemporary learning theories (pp. 199-154). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Robins, C. I., 8c Hayes, A. M. (1993). An appraisal of cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, 205-214.

Robinson, R (2003). Homework in cognitive behavior therapy. In W. O'Donohue, I. E. Fisher, 8c S. C. Hayes (Eds.), *Cognitive*

behavior therapy: Apphring empirically supported techniques in your practice (pp. 202-211). Hoboken, NJ: Wiley

Roth, A. & Fonagy R (1996). *What works for whom?A critical review of psychotherapy research.* London: Guilford Press.

Rotter, I. B. (1954). *Social learning and clinical psychology* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., etal. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care disorder. Archives of General Psychiatry 62(3), 290-298.

Sanderson, W C., 8c Bruce, T. I. (2007). Cause and management of treatmentresistant panic disorder and agoraphobia: A survey of expert therapists. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 26-35.

Schneider, A. I., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., & Bachofen, M. (2005). Internetguided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 154-164. 3

Schultz, I. H., & Luthe, W (1959). *Autogenic training: A psychophysiologic approach to pscyhotherapy Oudord*, England: Grune & Stratton.

Segal, Z. V, Gemar, M., & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal ofAbnormal Psychology* 108, 3-10.

Segal, Z. V, Kennedy, M. D., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., Buis, T., et al. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry* 63, 749-755.

Seligman, M. E. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, *2* (3), 307-320.

Seligman, M. E. P., Schulman, P., DeRubeis, R. I., & Hollon, S. D. (1999). *The prevention of depression and anxiety. Prevention & Treatment, 2*, Article 8.

Sherrington, C. S. (1947). *The integrative action of the central nervous system.* Cambridge, England: Cambridge University Press.

Siegel, S. (1978). Tolerance to the hyperthermic effect of morphine in the rat is a learned response. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 92*(6), 1 137-1 149.

Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms: An experimental analysis.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Skinner, B. E (1953). *Science and human behavior.* Oxford, England: Macmillan.

Smith, G. T., Goldman, M. S., Greenbaum, P E., 8c Christiansen, B. A. (1995). Expectancy for social facilitation from drinking: The divergent paths of high-expectancy and low-expectancy adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(1), 32-40. 3

Smith, T. W, Sr Allred, K. D. (1986). Rationality revisited: A reassessment of the empirical support for the rational-emotive model. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 5, pp. 63-87). New York: Academic Press.

Sotres-Bayon, F., Cain, C. K., 8: LeDoux, I. E. (2006). *Brain mechanisms of fear extinction: Historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. Biological Psychiatry, 60*(4), 329-336.

Spek, V, Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, I., 8: Pop, V

(2007). Internetbased cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
Spirito, A. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology 24*, 87-174.
Stewart, J., de Wit, H., & Eikelboom, R. (1984). Role of unconditioned and conditioned drug effects in the self-administration of opiates and stimulants. *Psychological Review 91* (2), 251-268.
Stewart, R. E., 8: Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology, 63* (3), 267-281.
Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S., & Salkovskis, R M. (2007). Contents may vary: A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and CognitivePsychotherapy 35*, 273-282.
Swinson, R. P., Fergus, K. D., Cox, B. I., & Wickwire, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy 33*, 465-469.
Swinson, R. R, Soulios, C., Cox, B. I., 8: Kuch, K. (1992). Brief treatment of emergency room patients with panic attacks. *American Journal of Psychiatry, 149*(7), 944-946.
Tang, T. Z., 8: DeRubeis, R. I. (1999). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science ana Practice, 6*(3), 283-288.
Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist 48*, 3-23.
Teasdale, J. D. (1993). Emotion and two kinds of meaning: Cognitive therapy and applied cognitive science. *Behaviour Research ana Therapy 31*, 339-354.
Teasdale, J. D., & Barnard, P I. (1993). *Affect, cognition and change*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting ana Clinical Psychology 70*(2), 275-287.
Teasdale, J. D., Segal, Z., &Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy 33*, 25-39.
Teasdale, J. D., Segal, Z. V, Williams, I. M., Ridgeway, V A., Soulsby, I. M., 8: Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse! recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 68*, 615-623.
Thorndike, E. L. (1898). Animal-intelligence. *Psychological Review Monograph Supplement, 2*(4, Whole No. 8).
Thorndike, E. L. (1932). *The fundamentals of learning* New York: Teachers College Press.
Tolman, E. C. (1948). Cognitive maps in rats and men. *Psychological Revieiy 55*, 189-208.
Vervliet, B. (2008). Learning and memory in conditioned fear extinction: effects of d-cycloserine. *Acta Psychologica, 127*(3), 601-613.
Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W, & Iarrett, R. B. (2007).

Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapyâ€™s effects *Journal of Consulting and Clinical Psychology 75*, 475-488.
Walker, D. L., & Davis, M. (2002). The role of amygdale glutamate receptors in fear learning, fear-potentiated startle, and extinction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior. Special Issue: Functional Role of Specdic Systems Within the A Extended Amygdala and Hypothalamus, 71* (3), 379-392.
Watson, I. B., 8c Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology 3*, 1-14.
Watts, F. (1971). Desensitization as an habituation phenomenon: I. Stimulus intensity as determinant of the effects of stimulus lengths. *Behaviour Research and Therapy, 9*(3), 209-217.
Weissman, M. M., Verdeli, H., Gamerofi M. I., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L., et al. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives of General Psychiatry, 63*(8), 925-934.
Weisz, I. R., Iensen, A. L., 8c McLeod, B. D. (2005). Development and dissemination of child and adolescent psychotherapoes: Milestones, methods, and a new deployment-focused model. In E. D. Hibbs 8c S. P Iensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed., pp. 9-39). Washington, DC: American Psychological Association.
Westra, H. A., Dozois, D. I. A., 8c Marcus, M. (2007). Expectancy homework compliance, and initial change in cognitiveâ€"behavioral therapy for anxiety. - *Journal of Consulting and Clinical Psychology 75*(3), 363-373.
White, K., & Davey, G. C. (1989). Sensory preconditioning and UCS inflation in human "fear" conditioning. *Behaviour Research and Therapy 27*(2), 161-166.
Williams, I. M., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Eennell, M. I., Duggan, D. S., et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders, 107*, 275-279.
Williams, S. L. (1990). Guided mastery treatment of agoraphobiaz Beyond stimulus exposure. *Progress in Behavior Moddication*, 26, 89-121.
Williams, S. L., & Zane, G. (1989). Guided mastery and stimulus exposure treatments for severe performance anxiety in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy 27*, 237-245.
Wolpe, I. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition.* Oxford, England: Stanford University Press.
Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach.* Sarasota, FL: Professional Resource Press.
Young, J. E., Rygh, I. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual.* New York: Guilford Press.
Zurawski, R. M., 8c Smith, T. WZ (1987). Assessing irrational beliefs and emotional distress: Evidence and implications of limited discriminant validity. *Journal of Counseling Psychology, 34*(2), 224-227.

عن الكاتب

حصلت ميشيل ج. كراسكي على درجة الدكتوراه من جامعة كولومبيا البريطانية عام 1985. وقد نشرت الكثير من الكتب في مجال اضطرابات الخوف والقلق. كتبت كتبًا أكاديمية عن مسببات اضطرابات الخوف والقلق وعلاجها، والفروقات التي تسببها اختلاف الجنس في القلق، وترجمت الكثير من القواعد الرئيسية في علم التعرف على الخوف إلى طرق لفهم الفوبيا وعلاجها، بالإضافة إلى عدد من الكتب التي تشرح طرق مساعدة الذات في التغلب على هذه الاضطرابات، و كتب أخرى لإرشاد المعالجين العاملين في هذا المجال. وأصبحت هي مستقبلة التمويل الدائم للمعهد القومي للصحة العقلية منذ عام 1993 والمخصص للبحوث التي تجرى لاكتشاف العوامل التي تساهم في حدوث اضطرابات القلق والاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، والجوانب المعرفية والنفسية لنوبات القلق والذعر، الوسائط العصبية المستخدمة في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، وآليات القضاء على الخوف التي للعلاج الكشفي، وتطوير ونشر طرق علاج القلق وما يقترن به من اضطرابات. وقد شغلت منصب نائب رئيس تحرير جريدة الاضطرابات النفسية Journal of Abnormal Psychology، وهي حاليًا تشغل منصب نائب رئيس تحرير مجلة " البحوث السلوكية وعلاج اضطرابات السلوك" "Research and Therapy Behavior"، وهي أيضًا عضو

الهيئة العلمية بجمعية اضطرابات القلق الأمريكية. وقد كانت عضو في كل من DSM-IV Anxiety ومجموعات علاج الاضطرابات القهرية، اضطرابات ما بعد الصدمة، الاضطرابات الانفصالية، باللإضافة إلى رئاسة إحدى المجموعات العلاجية المنبثقة لعلاج اضطرابات القلق. وقد دعيت د. كراسكي لإلقاء الكلمة الرئيسية في الكثير من المؤتمرات الدولية، وقد دعيت أيضًا لتقديم دورات تدريبية في التقنيات الحديثة التي ظهرت في عالم العلاج السلوكي_المعرفي لاضطرابات القلق. وهي الآن تعمل كاستاذة في قسم علم النفس وقسم الطب النفسي والعلوم السلوكية بجامعة UCLA، وهي مدير برنامج جامعة UCLA لبحوث اضطرابات القلق السلوكية .

نُرحب بآرائك ومقترحاتك.. رجاءً لا تتردد في الكتابة إلينا.. فالتواصل معك يُسعدنا



١٦ شارع محمود بسيوني - من ميدان الشهيد عبد المنعم رياض- الدور السابع- شقة ٢١- وسط البلد - القاهرة - مصر

مكتبة دار الكلمة Logos

☎ 02025798414 | 0201277928981

0201286548388 | 0201282456644

www.el-kalema.com
info@el-kalema.com
http://www.facebook.com/elkalema
http://www.facebook.com/مونتيسوري-في-العالم-العربي-Montessori-in-the-Arab-world
http://www.facebook.com/LiLillbnatFqt
http://www.facebook.com/pages/Green-Egypt-education-مصر-الخضراء
https://www.facebook.com/MydwFyalmAlhrwfMidoInTheWorldOfLetters
ميدو في عالم الحروف | Mido In The World Of Letters

سلسلة نظريات العلاج بالتحليل النفسي
جون كاريسون ومات إنجلار كاريسون، محرّرو السلسلة

في "العلاج السلوكي المعرفي"، تبين د. ميشيل كراسكي السبب في أن هذاالعلاج قد أصبح النموذج الأكثر شعبية للعلاج النفسي الذي يمارس في الإكلينيكية المعاصر. وهي تلقي ضوءًا على البحوث الإكلينيكية لدعم فعالية العلاج السلوكي المعرفي مع ظروف عديدة وسكان مختلفين. وإلى جانب التركيز على الدليل الذي يقوم على الممارسة، تقدم د. كراسكي نماذج من الحالات لتوضح كيف أن نموذج العلاج السلوكي المعرفي يعمل على أساس إنه عملية. وبسبب هذا تبنى المعالجون الإكلينيكيون لهذا النموذج وعلى نطاق واسع، وكذلك في برامج التدريب، فقد أصبحت هذه النوعية من العلاج إضافة مهمة لسلسلة نظريات العلاج بالتحليل النفسي.



لدينا حلم
٢٥٧٩٨٤١٤ (+٢٠٢)
٠٢٠١٢٨٦٥٤٨٣٨٨ ٠٢٠١٢٨٢٤٥٦٦٤٤
www.el-kalema.com
info@el-kalema.com


I S B N 978-977-384-249-5 40 L.E
العلاج المعرفي [978-977-384-249-5]